

”Skjemaet leses maskinelt”

Hvorfor får man svar på noen ikke stilte spørsmål i en spørreundersøkelse - en kvalitativ studie

Laura Monica Moldovan



Sosialantropologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2010

”Skjemaet leses maskinelt” - hvorfor får man svar på noen ikke stilte spørsmål i en spørreundersøkelse - en kvalitativ studie

”En kvinne må kunne uttrykke seg for å føle seg fullkommen og fornøyd!”

(Bente, personlig kommunikasjon, juli 2009)

© Forfatter Laura Monica Moldovan

År 2010

Tittel "*Skjemaet leses maskinelt*" - hvorfor får man svar på noen ikke stilte spørsmål i en spørreundersøkelse - en kvalitativ studie

Forfatter Laura Monica Moldovan

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Moderne samfunn er avhengige av teknologi. Sofistikerte teknologiske instrumenter, som elektroniske utstyr, bookingsystemer, datamaskiner og dataprogrammer blir stadig tatt i bruk for å øke arbeidskvaliteten og effektiviteten. Men hvordan påvirker bruk av teknologi menneskenes ytringsfrihet, når alt blir for automatisert og standardisert? ”Spørreskjemaet leses maskinelt” er en kvalitativ studie av et fascinerende ”liv” jeg har funnet ved å lese mellom linjene på spørreskjemaer både i egentlig og overført betydning av uttrykket.

Denne studien er et resultat av et halvårs feltarbeid i en offentlig institusjon i Norge, nærmere bestemt Kreftregisteret i Oslo. Det er to typer data som har blitt innsamlet i løpet av denne perioden. Den første var tekster fra spørreskjemaene som er brukt i en spørreundersøkelse ved det offentlige Mammografiprogrammet i Norge. Den andre typen data er hentet fra delvis kvalitative intervjuer jeg har gjennomført de to siste måneder i feltarbeidet.

Formålet med denne studien er å undersøke grunnene til at et stort antall kvinner som utfyller spørreskjemaer, skriver kommentarer på margen av spørreskjemaene, i tillegg til sine svar på de angitte spørsmålene. Å forbedre de angitte svarene, å begrunne og fullstendiggjøre dem, er noen av resultatene som kommer frem i studien. Kvinnene gjør dette for å bistå med mest mulig informasjon til denne spørreundersøkelsen, og på denne måten bidra til et viktig arbeid, nemlig kreftforskningen. Felleskapstilhørighet, tillit til det offentlige apparatet i Norge som velferdsstat, teknologi og medikalisering som sosial kontroll er noen av de teoretiske rammene i oppgaven. Til tross for at noen av informantene har gitt uttrykk for mistillit til Mammografiprogrammet og det offentlige apparatet nevnt ovenfor, velger jeg å oppfatte dette programmet som et pålitelig og vellykket program, i motsetning til andre store statlige prosjekter, skapte for individets velferd, som dessverre har sviktet.

Forord

Antropologien har åpnet en ny og interessant verden for meg. Det å lese om *Den andres* væremåter, ritualer, trosforestillinger og verdibegreper gjennom kulturrelativistiske briller, har hatt en sort påvirkning på min tenkemåte. Kombinasjonen av kjennskap til sosialantropologisk teori, og de empiriske eksemplene som ofte har fascinert mine lesingstimer, har ført til et fokusskifte og en begynnelse på å problematisere ting som ellers jeg ville tatt for gitt. Den antropologiske forståelsen av begreper som kultur, nasjon, etnisitet, stat, diskurser om natur versus kultur, offentlig versus privat sfære, har oppfordret meg til å se mange spennende problemstillinger i hverdagen. Å kunne drive med en egen studie innenfor dette faget, en studie med selvvalgt problemstilling, datainnsamlingsmetode og feltarbeidsted, virket ikke bare perfekt, men også lett gjennomførbart. Det viste seg imidlertid at utfordringene lå nettopp i det å gjennomføre et selvstendig prosjekt. Å velge problemstilling, avgrense tema, gjøre undersøkelser, innsamle tekster, ta intervjuer, spørre om tillatelser, alt dette har vært mitt ansvar under hele studien. I løpet av feltarbeidet og skrivningen har jeg måttet ta viktige beslutninger, og sist, men ikke minst viktig, har jeg hatt en tidsfrist å forholde meg til. Å gjennomføre studien og skrive hele oppgaven har krevd selvkontroll, selvdisiplin og mye ambisjon. Det var min *rite de passage* fra studenttilværelsen og tenkemåten til det store arbeidsmarkedet der ute!

Det å skrive en masteroppgave har dermed vist seg å være et langt og krevende arbeid, og dette kunne jeg aldri kommet i mål med uten støtte fra noen viktige personer. Til disse personene vil jeg takke her for all hjelpen jeg har fått. Takk til min veileder Paul Wenzel Geissler fra Universitet i Oslo for tilbakemeldinger og gode innspill og støtte under hele prosessen fra prosjektomforming til oppgaveskrivningen. Takk til ledere og ansatte på Kreftregisteret som har gitt meg tilgang til Mammografiprogrammet. Takk til alle informantene som jeg nevner i oppgaven, og som har ønsket meg velkommen i sitt hjem, og har snakket med meg, en fremmed, om personlige ting, følelser og hendelser. Og til slutt, en varm takk til min familie og venner for deres tålmodighet, og at dere har holdt ut med meg i denne ”opptattstatus” perioden. Spesielt takk til mine nærmeste, Adina og Cosmin, takk for deres forståelse, oppmuntring og støtte hele veien i denne lange skriveprosessen.

Laura Moldovan

Oslo, mai 2010

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
2. TEORI	7
2.1 Helsevesenet og velferdsstaten i antropologisk kontekst	7
2.2 Medisinsk antropologi og en diskusjon om kjønn, medikalisering og medisinsk teknologi.....	9
2.3 Mens noen store statlige prosjekter mislykkes.....	11
2.4 ...andre lykkes!.....	15
2.5 Konklusjon	19
3. METODE	21
3.1 Feltarbeidet: beskrivelse av sted, spørreskjemaer og intervjuer.....	22
3.2 Spørreskjemaene: kategorier og temaer	24
3.3 Delvis strukturerte kvalitative intervjuer	27
3.4 Posisjonering: antropologi i "eget" samfunn; språk.....	27
3.5 Konklusjon	28
4. RESULTATER	29
4.1 Resultater fra spørreskjemaene	29
4.1.1 "Helseforhold før 50-års alder"	29
4.1.2 "Helseforhold i dag"	40
4.2 Analyse av kommentarer fra spørreskjemaene: statistikk og temaer	48
4.2.1 Kvinnenes bekymringer rundt gyldigheten av svarene.....	50
4.2.2 Forståelsen av spørsmålenes innhold som kulturelt betinget.....	52
4.2.3 Noen kvinner nekter å svare.....	57
4.2.4 Andre kvinner endrer meningen på spørsmålenes innhold	57
4.2.5 Det å gå litt utover spørsmålene.....	58
4.3 Resultater fra intervjuer	59
4.3.1 Hvilken rolle spiller kjønn og alder når man skriver tilleggsopplysninger?	63
4.3.2 Byråkratiske yrker – fordeler og ulemper	64
4.3.3 Tillit til det offentlige og til helsevesenet i Norge	66
4.3.4 Pliktoppfyllende følelser	67
4.3.5 Hvem skriver kvinnene tilleggsopplysninger til?.....	68
4.3.6 Maskinell lesing og forslag til utforming av spørreskjemaene	69
4.4 Konklusjon	72

5. AVSLUTNING	74
5.1 Sammenfattende diskusjon	74
5.1 Etiske diskusjoner.....	79
5.2 Studiens begrensning og videre forskning.....	79
LITTERATURLISTE	82
VEDLEGG	92

Figuroversikt

Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 1 "Fødested"	30
Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 2 Skolegang/utdanning"	30
Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 3 "Høyde og vekt som barn og ungdom"	31
Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 4 "Menstruasjon"	32
Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 5 "Sterilisering"	32
Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 6 "P-piller og hormonspiral"	32
Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 7 "Svangerskap og amming"	33
Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 8 "Brystkreft i familien"	34
Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 9 "Forandringer/kuler i brystet"	35
Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 10 "Røykevaner"	35
Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 11 "Mosjon og trening"	36
Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 12 "Alkohol"	38
 Helseforhold i dag - Spørsmål 1 "Mammografi"	40
Helseforhold i dag - Spørsmål 2 "Høyde og vekt"	40
Helseforhold i dag - Spørsmål 3 "Medisinbruk"	41
Helseforhold i dag - Spørsmål 4 "Røykevaner"	41
Helseforhold i dag - Spørsmål 5 "Alkohol"	42
Helseforhold i dag - Spørsmål 6 "Mosjon og trening"	43
Helseforhold i dag - Spørsmål 7 "Inngrep i bryst og underliv"	45
Helseforhold i dag - Spørsmål 8 "Menstruasjon"	45
Helseforhold i dag - Spørsmål 9 "Hormonpreparater"	46
Helseforhold i dag - Spørsmål 10 "Mammografiprogrammet"	47

Figur 1. Antall spørreskjemaer med kommentarer på Helseforhold før 50-års alder spørreskjemaet ..49

Figur 2. Antall spørreskjemaer med kommentarer på "Helseforhold i dag" spørreskjemaet49

Tabellvedlegg

Vedlegg 1 - Eksemplar spørreskjema "Helseforhold før 50 års alder", 2 sider	92
Vedlegg 2 – Eksemplar spørreskjema: "Helseforhold i dag", 2 sider.....	93
Vedlegg 3 - Utfylt spørreskjema med "kommentar"/tileggsopplysninger	94
Vedlegg 4 - Utfylt spørreskjema med "kommentar" og klistremerker/ rabbel	95
Vedlegg 5 - Informasjonsbrev og samtykkeerklæring 2 sider	96
Vedlegg 6 - Intervjuguide	97

Note

I løpet av feltarbeidet har jeg samlet inn 1386 spørreskjemaer hvor det var skrevet kommentarer og tilleggsopplysninger i margin. Av disse var 731 av typen "Helseforhold før 50-års alder", og 655 av typen "Helseforhold i dag". For å kunne ha en bedre oversikt over dem, og for å kunne gjenfinne tekstene som jeg har sitert i oppgaven, blant det store antallet spørreskjemaer jeg hadde, fikk hvert enkelt spørreskjema et tall. Dermed resulterte to bunker: en av dem inneholder spørreskjemaene "Helseforhold før 50-års alder" nummerert fra 1 til 731, den andre bunken inneholder spørreskjemaene "Helseforhold i dag" nummerert fra 1 til 655. I oppgaven skal referansen komme på følgende måte: "sitat" (årstall, nummer), hvor "sitatet" kan være både kommentar, tilleggsopplysning eller fortelling, årstallet blir på alle 2008, og representerer året kvinnene fylte ut spørreskjemaene, og til slutt nummeret, nemlig spørreskjemaets nummer. Jeg vil fremheve her at et spørreskjemaets nummer kan oppstå som referanse for flere sitater fordi et spørreskjema kan inneholde flere sitater og jeg har nummerert spørreskjemaene og ikke tekstene i dem. Jeg har også laget en skrapbok med de kommentarene som ble sendt på lapper eller eget ark, som vedlegg til spørreskjemaene, som jeg skal referere til på følgende måte: (Skrapbok, 2008 Side).

Når det gjelder intervjuene som jeg har gjennomført i løpet av feltarbeidet, skal jeg referere til dem på følgende måte: Navn (personlig kommunikasjon, dato), hvor navnet er et pseudonym informantene mine fikk slik at de ikke kunne bli gjenkjent, og datoen representerer måneden og året når intervjuet ble tatt.

1. Innledning

Studiens bakgrunn

Den nordiske velferdsstaten kjemper blant annet for en relativt jevn omfordeling av rikdom, og mindre klasseforskjeller. Den vil at alle sine borgere skal få samme rettigheter og plikter, og tilgang til en rekke fundamentale goder som utdannelse, politisk beskyttelse og sikkerhet, tilgang til helsetjenester, trygde ved sykdom eller fattigdom, og pensjon.

I den skandinaviske velferdsstaten har folk fått en sterkere tilknytning enn i andre land, til hva det å være borger i landet betyr (Hatland et al. 1994). Samt argumenterer de, at rettighetene borgene har i denne skandinaviske modellen "er i større grad uavhengige av arbeidsdeltakelse og innsats [og] alle skal ha rett til gode lovbestemte sosiale ytelser på like vilkår" (Hatland et al. 1994:19), og at "Kjernen i begrepet velferdsstat er det offentlige ansvar for inntektssikring, helse og omsorg" (ibid.) som tilbys gjennom folketrygden, og offentlige helse- og omsorgstjenester.

Et av velferdsstatens tjenesteapparat er helsevesenet, som omfatter både offentlige og private helsetjenester. Denne oppgaven fokuserer på det offentlige apparatet, nærmere bestemt på et offentlig helsetilbud i Norge, Mammografiprogrammet. Dette programmet er veldig omfattende. Mammografisenter, screeningenheter, røntgenavdelinger, radiologer, radiografer, utgjør bare en liten del av den komplekse mekanismen som er satt i funksjon for dette programmet. Jeg har valgt å konsentrere meg på spørreundersøkelsen som finnes innenfor Mammografiprogrammet, som er frivillig, og uavhengig av selve mammografiundersøkelsen.

Det som lå til grunn for helsetjenesten, da den norske staten begynte å etablere seg som en velferdsstat på slutten av det nittende århundre, var utvikling og forandring. For at helsevesenet kunne møte den norske velferdsstatens krav, var det nødvendig med en helsereform som omfattet reorganisering av ressursbruk, av behandlingssideologi og arbeidsmåter (Hatland et al. 1994). Men for å oppnå utvikling og forandring, måtte regjeringen bestandig velge blant annet mellom: 1) høye kostnader ved investering i nye og dyre teknologier og fordelene med bedre primærhelsetjenesten og 2) mellom kritiske livreddende tiltak, og behovet om å bruke mer på effektive offentlige helseprogram (Drache and Sullivan 1999).

Men hvordan gjøres et offentlig helseprogram effektivt? Hvilke metodiske tilnærminger brukes på befolkningen, og eventuelt hvordan blir programmet oppfattet av individet? Et offentlig helsetilbud, som for eksempel Mammografiprogrammet, som benytter masseundersøkelser eller

screening av befolkningen, kan føre til en overvåkningsdiskusjon av befolkningshelse. Fordi Mammografiprogrammet er rettet kun til kvinner, kan man spørre: På hvilken måte påvirker brystkreftscreening kvinnens identitet? Er brystkreft kjønnet? Blir den kvinnelige kroppen fremhevet ved screeningen? Blir kvinnene mer oppmerksomme på deres kjønn (*gender*)? Er kvinnens helse et individuelt ansvar (det å holde seg frisk for sin egen del) eller har kvinnene et omsorgsansvar mot andre individer (ansvar for å holde seg frisk nok til å kunne ta være på familien)? Disse spørsmålene knytter studien min til medisinsk antropologi.

Det å snakke om kjønn i medisinsk antropologi i dag, dreier seg stort sett om å snakke om kvinner, om kvinnelig kropp, og i dette tilfellet om kvinnes sykdom og helse. Dette er et resultat av antropologiske feminister som lenge har studert kvinnes liv og helsesituasjon. I de siste årene har det vært en stor interesse blant feministiskorienterte medisinske antropologer å se på hvordan teknologien påvirker kvinnes kropp (Ingstad 2007). Sykdom blir oppfattet, forklart og kommunisert innenfor den kulturelle konteksten den oppstår (Hydle 1997). Ved å se på moderne medisinske praksiser og tenkemåter i et sosialt og kulturelt perspektiv, får vi et innblikk i den biomedisinske kunnskapen (Ingstad 2007).

I biomedisin blir helsen fra et negativt perspektiv, nemlig, helsen er den sykdomsfrie tilstanden (Naidoo and Wills 2000). Eisenbergs adskillelsen mellom sykdom (*sickness*), diagnose (*disease*), og lidelse (*illness*) er brukt i biomedisinen og medisins antropologi i dag. Han argumenterer det på følgende måte:

“patients suffer 'illnesses'; physicians diagnose and treat 'diseases'. Let me make clear the distinction I intend: illnesses are *experiences* of disvalued changes in states of being and in social function; diseases, in the scientific paradigm of modern medicine, are *abnormalities* in the *structure and function* of body organs and systems” (Eisenberg 1977:11).

Disse tre aspektene ved sykdom, *sickness*, *disease*, og *illness*, står ikke nødvendigvis i direkte sammenheng med hverandre. Jeg vil argumentere dette nærmere. Mennesker kan føle seg syke (*illness*), uten at leger kan finne eller påvise noen sykdom (*disease*). I dette tilfellet blir det *illness* uten *disease*. Andre derimot oppsøker legekontoret for en helsekontroll helt symptomfrie for sykdommer, bare for en helsesjekk, og får påvist sykdom. I dette tilfellet blir det *disease* uten *illness* (Hydle 1997). Et eksempel på helsekontroll er screeningen.

Screeningen kan være i form av organisert masseundersøkelse av en klart definert befolkning som regnes som risikogrupper etter alder, kjønn, bosted osv., men også i form av villscreening som er lege- eller pasientinitiert og er mer eller mindre velbegrunnet (Gulbrandsen 2001).

Tema og problemstilling

I min masteroppgave tar jeg utgangspunkt i den førstnevnte formen for screening, nemlig den organiserte formen. Screening, eller masseundersøkelser, ble definert av US Commission i Chronic Illness (1951) som:

”Oppdagelse av ikke erkjent sykdom ved bruk av raske tester. Screeningtester skiller personer som trolig har sykdom ut fra dem som trolig ikke har den aktuelle sykdommen. En screeningtest kan ikke gi noen diagnose. Personer med positive funn må utredes videre og eventuelt behandles” (Kreftregisteret 2003:16).

Med bakgrunn i forskjellen mellom *disease* og *illness*, er brystkreftscreeningen en måte å få påvist *disease* uten *illness*. Kvinner som føler seg friske, kan likevel bli funnet med kreft *disease*. Kreft og aids er sykdommer som kan bli oppfattet som ”skjulte” i kvinnens kropp (Kaufert 2000). Oppdagelsen av disse sykdommene, kan i forskjellige deler av verden føre til både fysiske og sosiale konsekvenser for kvinnene dette gjelder, ettersom sykdommer som kreft og aids, ofte er knyttet til forestillinger om skyld, skam og tabu (Hydle 1997).

Screeningen, ifølge Kaufert (2000), er både et offentlig helsetiltak, og en filosofisk og historisk konstruksjon. Dette gjenspeiler et svært spesielt syn på helse og sykdom og på kvinnenes kropp. Den kvinnelige kroppen ses som et konstant behov for evaluering og overvåking. Ifølge den offentlige helselitteraturen, når kvinner føler selv sykdommer i sin kropp, er det ofte for sent å overleve disse sykdommene. Kvinnene blir derfor advart om at deres beste beskyttelse mot sykdom, er å godta en rutinemessig undersøkelse av kroppen, det vil si å godta screeningen. I Norge er screeningen av kvinner organisert i et offentlig landsdekkende program, nemlig Mammografiprogrammet. Det er et tilbud om mammografi til kvinner som er bosatt i Norge, og som er i alderen mellom 50 og 69 år. En mammografi er en røntgenundersøkelse av brystkjertelvevet. Kvinnene inviteres til mammografi annethvert år. Målsetningen for Mammografiprogrammet er å oppnå 30 % reduksjon i dødelighet av brystkreft blant kvinner som inviteres til screening¹. Sammen med invitasjonen til Mammografiprogrammet får kvinnene en invitasjon til å delta i en separat spørreundersøkelse. Hensikten med spørreundersøkelsen er å forbedre grunnlaget for evaluering, forskning og kvalitetssikring av Mammografiprogrammet. Opplysningene bidrar til å øke kunnskapen om risikofaktorer for brystkreft (Kreftregisteret 2009). Spørreskjemaene som benyttes i Mammografiprogrammet i dag, ble revidert i 2006 og omfatter to deler; ”Helseforhold før 50 års alder” og ”Helseforhold i dag”. Det er frivillig å delta i spørreundersøkelsen, og kvinnene kan delta i Mammografiprogrammet uten å levere disse

¹ <http://www.kreftregisteret.no/no/Forebyggende/Mammografiprogrammet/> Lest den 30.09.2009

skjemaene. Foreløpige analyser viser at om lag 80 % av de kvinnene som møter til mammografi, leverer inn spørreskjema når de kommer til screening.

Folkeregisteret benyttes til å identifisere kvinnene som inviteres til å delta i programmet. Invitasjonene planlegges og sendes ut sentralt i form av invitasjonsbrev. Invitasjonsbrevet inneholder praktiske opplysninger som for eksempel, hvem som blir invitert og hvorfor, hvordan endre time, betaling osv. Invitasjonsbrevet sendes sammen med en informasjonsbrosjyre om mammografiprogrammet og to spørreskjema. Spørreskjemaene innhenter informasjon om en rekke epidemiologiske parametre. Kvinnene blir oppfordret til å besvare og levere spørreskjemaene ved oppmøte til screeningsenheten. Det er ikke beregnet tid til å hjelpe kvinnene med utfylling av spørreskjemaene når de møter opp til undersøkelse. Spørreskjemaer er vanligvis brukt i kvantitative metoder, hvor forskere bruker et stort antall informanter. I spørreskjemaene kan spørsmålene tallfestes, og informantenes svar kan da sammenlignes og brukes i statistikker på store kategorinivåer. Men til tross for at jeg brukte et stort antall spørreskjemaer, faller mitt prosjekt innenfor en kvalitativ studie. Dette argumenterer jeg nærmere videre. I kvantitative metoder består data av tall, og dataanalysen er representert ved hjelp av statistikk. Forskeren bruker variabler, og resultatet kommer som et gjennomsnitt i en utvalgt gruppe. Dette kunne vært gjennomførbart i min studie også, men hensikten med studien er å fange opp personlige holdninger, opplevelser og følelser som ikke kan måles eller tallfestes.

Tekstene som ligger til grunn for min analyse, er ikke det man vanligvis analyserer når man jobber med spørreskjemaer, nemlig svarene informantene gir. I dette tilfellet har jeg valgt å fokusere på alt det som informantene selv har skrevet utenfor svarboksene i form av spørsmål, kommentarer, tilleggsopplysninger etc. Det jeg vil fremheve her, er at spørreskjemaene bærer med seg et skjult og fascinerende "liv", som sikkert ikke mange vet om: korte fortellinger, barndomsminner, følelser som tvil, glede og frustrasjon. Med utgangspunkt i dette "livet" har jeg formulert hovedproblemstillingen min slik: **Hvis det står i veiledningen at spørreskjemaene leses maskinelt (noe som innebærer at eventuelle tilleggsopplysninger ikke kan bli lest av maskinen, og dermed ikke brukt videre i undersøkelsen), hvorfor skriver mange kvinner tilleggsopplysninger i margen?** Med dette spørsmålet i bakhodet skal jeg også prøve å svare på følgende underspørsmål: Hva prøver disse kvinnene å formidle gjennom sine kommentarer? Hvem er det de skriver til når de kommer med en kommentar? Hvilke temaer skriver de mest om i sine tilleggsopplysninger? I hvilken grad har kvinnene tillit til Mammografiprogrammet, som er et offentlig program tilbudt av den norske velferdsstaten til dens innbyggere?

Begrunnelse for valget av denne studien

Jeg har valgt å gjennomføre denne studien etter å ha jobbet med skanneprosessen av de overnevnte spørreskjemaene og lagring av data på Kreftregisteret i de siste tre årene.

Spørreskjemaene blir sendt ut til kvinner sammen med invitasjonene til å ta en mammografi. De kommer tilbake ferdig utfylt og klare til å bli skannet. Informasjonen lagres i en database. I praksis viser det seg at denne innsamlingsprosessen ikke er så enkel, noe som kan skyldes det omstridte og kompliserte forholdet mennesker og teknologi har.

Min oppgave i skanneprosessen har vært å skanne spørreskjemaene og kontrollere at informasjonene er skrevet på en registrerbar måte slik at skannemaskinen kan lese dem riktig, noe som har ført til at jeg fikk sett tusenvis av spørreskjemaer. I denne perioden har jeg samlet inn et stort antall *headnotes*², som Roger Sanjek definerte som "*something immediately understandable to ethnographers*" (Sanjek 1990:23). Disse hodenotatene har vekket min antropologibakgrunn, og Kreftregisteret har gått fra å være en vanlig arbeidsplass til det å være i et etnografisk felt. Sanjek (1990) tar opp Rena Ledermans poeng, som argumenterer at det å være i et felt, betyr ikke nødvendigvis å reise, men snarere innebærer en fokusskifte. For å kunne svare på problemstillingen: "Hvis det står i veiledningen at spørreskjemaene leses maskinelt (...) hvorfor skriver mange kvinner tilleggsopplysninger i margen?", fikk jeg allerede i en tidlig fase formulert noen hypoteser som min studie skulle bekrefte eller avkrefte. Her er hypotesene: 1) Noen av kvinnene skriver kommentarer fordi de ikke forstår hva utsagnet "Skjemaet leses maskinelt" innebærer 2) Spørreskjemaene har et kjønnsmessig preg, nemlig kvinner liker å kunne uttrykke seg fritt 3) Noen av kvinnene ønsker å bidra med mest mulig informasjon til kreftforskningen 4) En god del kvinner har problemer med å huske detaljer, hverdagslige vaner og hendelser som skjedde flere tiår siden, og hvis svarene deres er omtrentlige, vil de nevne dette i sine tilleggsopplysninger 5) Andre kvinner finner ut at ingen av svaralternativene passer, og velger derfor å skrive sine svar utenfor svarboksene, og 6) Noen kvinner leser rett og slett ikke veiledningen for utfylling av spørreskjemaene, og vet dermed ikke at spørreskjemaene leses maskinelt. Mens jeg arbeidet med skanning av spørreskjemaene, følte jeg meg som et bindeledd mellom kvinnen og datamaskinen, nærmere bestemt mellom mennesker og dagens teknologi. Det som motiverte meg mest for å gjennomføre denne studien, var at tilleggsopplysningene som kvinner kommer med på spørreskjemaer, og som de skriver utenfor skanningsrutene, blir aldri registrert noe sted. De faller rett og slett utenfor registreringen, og deretter makuleres og dermed mistes for alltid. Latour (2005) skriver at:

² Simon Ottenbergs begrep (Ottenberg 1990).

“Once they have been filled in, the printed questionnaires remain in the archives forever unconnected with human intentions until they are made alive again by some historian. Objects by the very nature of their connections with humans, quickly shifts from being mediators to being intermediaries, counting for one or nothing, no matter how internally complicated they might be. This is why specific tricks have to be invented to *make them talk*, that is to offer descriptions of themselves, to produce *scripts* of what they are making others – humans or non-humans –do” (Latour 2005:79).

Tidligere forskning innenfor dette temaet

Det å analysere kommentarer eller spontane svar som resulterer fra en spørreundersøkelse, er ikke veldig vanlig innenfor kvalitative og kvantitative forskningsstudier. Dette betyr imidlertid ikke at disse ”ekstra kommentarene” er mindre viktige i forskningen. De fleste spørreundersøkelsene har et ”lukket - svar” format slik at informantene finner det umulig å uttrykke seg selv på en fri måte. Slike spørreskjemaer begrenser informasjonene som kan bli gitt: Informantene befinner seg i den situasjon at deres svar ikke passer innenfor de angitte svaralternativene. Hvis spørreskjemaene ikke inneholder et tomt felt der deltakerne til spørreundersøkelsen kan skrive om sine egne personlige erfaringer eller historier, blir kanskje forskeren forhindret til å fange opp informantenes eget perspektiv (Clayton et al. 1999).

Hvis man ser på antall fortellende kommentarer informantene kommer med i løpet av en spørreundersøkelse, kan man konkludere at disse fortellende kommentarer bør ikke neglisjeres. Clayton et al. (1999) argumenterer at en fjerde del av respondentene til deres undersøkelse tilføyte omfattende kvalitative kommentarer. En av konklusjonene som kommer fram i denne artikkelen, er at respondentene til undersøkelsen ønsket å oppnå en dialog med forskeren gjennom sine kommentarer. Dette kommer også fram i Warms et al. (2005) artikkel. I deres spørreundersøkelse var antallet til respondentene som skrev tilleggskommentarer betydelig høyere enn i Claytons et al. (1999) studie, hvor over halvparten hadde kommet med tilleggskommentarer ”54,1 % of 797 respondents (Warms et al. 2005:248). Et interessant funn i denne studien, hvor respondentene til undersøkelsen var både menn og kvinner i alle aldrer, var at de som skrev tileggsopplysninger ”*were significantly older (...) [and] were also significantly more likely to be female*” (Warms et al. 2005:250). Dette stemmer godt overens med min studie³ for spørreskjemaene jeg har brukt, ble utfylt av *kun kvinner*, og alle *over 50 års alderen*.

³ Jeg kan ikke gi et antall, eller en prosent på hvor mange som skrev kommentarer på Mammografiprogrammets spørreskjemaer. Det var cirka 120 000 stk. spørreskjemaer tilgjengelige på Kreftregisteret våren 2009, da jeg begynte innsamlingen av data. Jeg vil fremheve her at dette er ikke en kvantitativ studie, og av den grunn var jeg ikke interessert i å ta ut alle spørreskjemaer med kommentarer på. Denne studien er en kvalitativ studie og jeg var ute etter å fange opp kommentarer som var ulike, personlige og unike.

2. Teori

Et norsk grunnleggende syn er at den norske velferdsstaten er en fornuftig samfunnsmodell for det enkelte individet, lokalsamfunnet, og for samfunnet som helhet (Øyen 1991). Velferdsstaten opererer i en moderne stat og karakteriseres av en velferdspolitik som ”ofte tar hånd om den enkelte direkte. (...) Oppmøte på helsestasjonen, foreldresamtalen med skolepsykologen, og vår vei gjennom det offentlige utdanningssystemet skaper en vesentlig del av våre erfaringer og opplevelser som individer” (Krohn-Hansen 2000:309).

Norge er et meget rikt land, og å få hjelp fra helsevesenet når man trenger det, er nærmest en selvfølge. For disse helsetjenestene skal staten sørge for og betale mesteparten av deres kostnader (Botten 2006). Rønning og Hatland (1995) argumenterer at helsetjenesten i Norge som velferdsstat, skulle kunne tilby ”en likeverdig helsetjeneste for alle, med god tilgjengelighet ved behov, tilfredsstillende faglig og menneskelig kvalitet og god resursutnyttelse” (Rønning and Hatland 1995:88). Det overordnede finansielle og organisatoriske ansvaret for helsevesenet i Norge, beholdes av *det offentlige apparatet*. Et viktigst politisk mål er at fordelingen av helsetjenester ikke skal bli bestemt av markedsmekanismen (Rønning and Hatland 1995). Som Eriksen (1999) påpeker er hele ”velferdsstatens verdigrunnlag et annet enn markedets fordi den prinsipielt står for ikke foretningmessig virksomhet” (Eriksen 1999:13) til tross for at ”innen den snevre definisjonen av helsevesenet er et sykt menneske mer kostbart og dermed på en måte mer verdt enn et frisk” menneske (Langmark 1986:64).

2.1 Helsevesenet og velferdsstaten i antropologisk kontekst

Det å studere staten har en lang og skiftende tradisjon i antropologien. Fagertun et al. (2006) nevner to av antropologiens faglige bidrag til studiet av staten: ”For det første ved sin tradisjonelle metode der man studerer sosiale og kulturelle prosesser gjennom praksis. For det andre i betoningen av en ureduserbar kulturell konstituering av det politiske (Fagertun 2006:186). Ifølge Sharma og Gupta (2006), får man uhyre muligheter til å studere staten fra et antropologisk standpunkt hvis man fokuserer på hverdagslige praksiser og representasjoner:

”Focusing on everyday practices and representations as modes through which the state comes into being has important methodological implications – it opens up a vast terrain of sites and texts through which states can be anthropological examined” (Sharma and Gupta 2006:27).

Å studere staten krever å forstå først hva staten betyr, og hvordan den har oppstått, samt gå inn på enkelte antropologiske forskningsaspekter som for eksempel etnisitet, nasjonalisme, makt, vold og militærstyrke, nærmere bestemt - det politiske aspektet - på den ene side, og sosiale relasjoner, studier av institusjoner, tjenester, både offentlige og private, kjønn, og klasseforskjeller, med andre ord - det sosiale aspektet - på den andre siden.

I min studie skal jeg imidlertid fokusere kun på det sosiale aspektet, fra individets nivå (kvinner i femti-sekstiårsalderen, som deltar i en spørreundersøkelse, som en del av et offentlig helseprogram i Norge) til samfunnsnivå (hvorfor individer i større sammenhenger, hva slags betydning deres deltakelse har på større nivå: rettigheter og plikter i staten, takknemlighet, identifikasjonsfølelse med helsevesenet i Norge og implisitt med staten).

Alle mennesker lever og tilhører en stat, men i hvilken grad hvert enkelt individ føler denne tilhørigheten, varierer fra stat til stat. Mens noen føler seg avhengige av staten på grunn av rettigheter og plikter de må forholde seg til, føler seg andre, som kanskje bor i små landsbyer, lite bundet av staten ettersom de ikke bruker noen av de offentlige tjenester den tilbyr (Eriksen and Sørheim 1999). Sosialdemokratiske Skandinavia skiller seg ganske betydelig ut fra resten av verden når det gjelder forholdet borgere har til staten. Det er et "usedvanlig tett" forhold (Eriksen and Sørheim 1999:226).

Skandinaverne generelt kunne med overbevisning uttrykke at "Staten det er oss" og at de betrakter staten som deres venn, og ikke deres fiende (ibid.). Når det gjelder nordmenn sier Eriksen og Solheim (1999) at: "Mange nordmenn har faktisk problemer med å skille mellom stat og samfunn; de to størrelsene blir ofte forvekslet med hverandre i dagligtalen. (...) Selv om det er mye misnøye med statens rolle i mange sammenhenger, er det ingen tvil om at nordmenn lever på en måte som ville ha vært umulig uten statens bidrag den gir muligheter, og den setter begrensninger" (ibid.).

Makten til det offentlige apparatet vokser, og innenfor en velferdsstat som Norge er dette betraktet som et positivt aspekt, dersom staten betraktes som representant av hjelpeapparater og tjenester som trygdekontor, sosiale og helsetjenester, omsorgstjenester osv.

Velferdspolitikken kan ifølge Else Øyen (1994) sees "som en sosialpolitisk kulturinstitusjon som fordeler goder og onder i forhold til våre verdioppfatninger omkring liv, død, angst, sykdom, ensomhet". Til tross for at fagfolket innen helsevesenet er opptatt av å forebygge, håndtere og kurere *sykdom*, heter det paradoksalt nok "*helse*" vesenet (Hydly 1997).

2.2 Medisinsk antropologi og en diskusjon om kjønn, medikalisering og medisinsk teknologi

Det finnes mange måter å definere medisinsk antropologi på. Ingstad (2007) mener at som fagfelt ligger medisinsk antropologi i et skjærepunkt mellom minst to fag, antropologi og samfunnsmedisin. Medisinsk antropologi tar utgangspunkt i den sosiale, kulturelle, biologiske og lingvistiske antropologien, og har som hensikt å forstå de faktorene som påvirker helsen, mer spesifikt opplevelse, distribusjon, forebygging og behandling av sykdom, helbredelsesprosesser, den kulturelle betydningen og bruken av medisinske systemer⁴. Innenfor medisinsk antropologi må sykdom forstås og behandles som kulturelt konstruert. Jeg har allerede synliggjort i innledningen hva begrepet sykdom i medisinsk antropologi innebærer, nemlig Eisenbergs distinksjon mellom sykdom (*sickness*), diagnose (*disease*), og lidelse (*illness*), og hvordan de kan oppstå uavhengige av hverandre.

Medikalisering beskriver en prosess der ikke-medisinske problemer blir definert og behandlet som medisinske problemer som regel i form av sykdom eller lidelser (Conrad 1992).

”Medikalisering betegner at stadig mer av kroppen og livet blir gjort til gjenstand for medisinsk diagnose og behandling” (Fugelli and Ingstad 2009:35). Zola (1983) definerer medikaliseringen som en *”process whereby more and more of everyday life has come under medical dominion, influence and supervision”* (Zola 1983:295).

Samtidig blir medikaliseringen mulig fordi medisinen går inn i nye livsområder gjennom retorikk og teknologi, dvs. at noen ”kroppslige fenomener som før ble betraktet som naturlige variasjoner eller alders tegn, (...) blir nå diagnoseført og tilbudt terapi” (Fugelli and Ingstad 2009:35-36). Dette åpner imidlertid en annen diskusjon, nemlig at medikalisering kan oppfattes som en form for sosial kontroll av samfunn og befolkning. De fleste samfunn utvikler terapeutiske former av sosial kontroll, særlig når individualisme er høyt verdsatt. I medisinen blir sykdom definert av Parsons (1951) som et avvik, og ”den syke rollen” som en passende mekanisme for sosial kontroll (Conrad 1992). Parsons (1951) var trolig den første som oppfattet medisin som institusjon for sosial kontroll, spesielt gjennom den måten som ”den syke rollen” kunne legitimere avviket fra ”den normale tilstanden” som *illness* var (Conrad 1992). Parsons (1951) beskrev ”den syke rollen” som en midlertidig form for avvikende atferd, og mener i tillegg at den syke personen har en del rettigheter og plikter som han eller hun må forholde seg til.

⁴ <http://www.medanthro.net/definition.html> Lest den 05.04.2010.

Conrad (1979) skiller mellom tre typer av medisinsk sosial kontroll: medisinsk ideologi, samarbeid og teknologi. Medisinsk ideologi innfører en medisinsk modell med bakgrunn i de akkumulerte sosiale og ideologiske fordeler. I medisinsk samarbeid bistår leger som informasjonsleverandører, portvakter, og som institusjonelle agenter og teknikere. Den tredje typen for sosial kontroll, nemlig medisinsk teknologi, innebærer medisiner, kirurgi, og genetikk eller andre typer screening (Conrad 1992).

I arbeidet sitt fra 1992 kommer Conrad med en fjerde kategori, som er medisinsk overvåking. Basert på Foucaults arbeid (1993), tyder denne typen medisinsk sosial kontroll på at visse tilstand eller atferd blir oppfattet gjennom et "medisinsk blikk", og at leger legitimt kan reise krav på all aktivitet om den tilstanden. Noen klassiske eksempler på dette kan være barnefødsel, fødselsregulering, sterilitet, abort, PMS⁵ og overgangsalder⁶ som er i dag under en kontinuerlig medisinsk overvåking. Nettopp fordi kvinnes naturlige livsprosesser, spesielt de angående reproduksjonen, er mer sannsynlige til å bli medikalisert enn mennenes, representerer kjønn en viktig faktor i forståelsen av medikalisering (Conrad 1992).

Av den grunn har medisinske kjønnsforskere prøvd å forstå hvordan kjønn, og spesielt hvordan de overnevnte sykdommer og helseplager, blir håndtert i medisinsk teori og praksis. Til stor interesse er også hvordan kjønnskjevheter påvirker sykdomsutvikling, og hva forholdet er mellom medisin, kjønn, kvinnelighet og kroppslighet i samfunnet (Lorentzen and Mühleisen 2006). Undersøking av vold, overgrep og misbruk av kvinner har fremhevet resultater som viser at disse hendelsene påvirker kvinnes helse. Dermed har både helsevesenet og samfunnet for øvrig begynt å erkjenne viktigheten med å forske denne siden av virkeligheten (Lorentzen and Mühleisen 2006). Først var i fokus forholdet mellom helse, kjønn, sosiale strukturer og institusjonelle forhold, mens identitet og kultur ble introdusert som sentrale begrep for å forstå kvinners helse. Etter hvert har oppmerksomheten blitt rettet mot mer epistemologiske spørsmål (ibid.). Det som i sosialmedisinsk forskning og trygdemedisinsk praksis hadde vært avgrenset til lønnsarbeid, nemlig kjønn, velferd, arbeidsliv og familie, ble brukt til å problematisere betydningen av arbeid. Studier av kvinners sykdommer og andre helseplager, åpnet for mer grunnleggende diskusjoner om betydningen av kjønn, og *disease*, den medisinske diagnosen (ibid.) som må forstås kontekstuellt.

⁵ Premenstrual syndrome, nemlig fasen før kvinnes menstruasjon, hvor det kan oppstå både fysiske og psykiske plager.

⁶ Kalles også for menopause, og referer til kvinnes menstruasjonsoppør og dermed slutten på den perioden av livet hvor en kvinne er fruktbar.

Biomedisinske teknologier som brukes på den kvinnelige politiske kropp⁷, er ifølge Lock og Kaufert (1998), produkter som er avhengige av den historiske, kulturelle og politiske konteksten. Kvinners reaksjoner på medikaliseringsprosesser er veldig komplekse, og kan variere fra motstand til ettergivenhet, mens noen av dem kan imidlertid vise likegyldighet (Lock and Kaufert 1998). Kvinners forhold til teknologien tar som vanligvis utgangspunkt i eksisterende pragmatiske levevaner. Tvunget av enkelte livsomstendigheter har kvinner alltid måttet lære hvordan de best kunne bruke det som er tilgjengelig for dem. Hvis de tilsynelatende fordelene oppveier for kostnadene, og hvis teknologien serverer til deres egne formål, vil de fleste kvinner benytte seg av det som tilbys (Lock and Kaufert 1998:2), det vil si bioteknologi og teknologi generelt.

2.3 Mens noen store statlige prosjekter mislykkes...

I dette underkapittelet vil jeg, ved hjelp av empiriske eksempler, vise hvordan statlige prosjekter har sviktet selv om de opprinnelig ble skapt til å forbrede den menneskelige tilstanden. Jeg skal gjøre dette ved å referere til James C. Scotts (1998) bok. I begynnelsen av boken *Seeing Like a State*, (1998) hevder Scott at han ville først og fremst ”forstå hvorfor staten alltid har syntes å være fiende av «folket som flytter rundt»” (Scott 1998:1) (min oversettelse, anførselstegn i original). Målet hans var å se på nomade folkegrupper som jegere og sankere, sigøynere, omstreifere, hjemløse, rømte slaver, etc. som alltid ligger utenfor samfunnet. Staten har kontinuerlig prøvd å bosette disse menneskene som stadig ”flyttet rundt”, men har sjelden lyktes (Scott 1998).

I sin bok konkluderer Scott at statens forsøk på å bosette disse nomadefolk, er kun et forsøk på å få til et mer lesbart (*legible*) samfunn, det vil si et samfunn som er lettere å kontrollere. Ved hjelp av vitenskap kan natur og samfunn i den moderne staten bli omformet, noe som vil føre til en bedre oversikt over alt fra dens innbyggere og bosettingsmønstre til ressurser, skatt og inntekter. Ifølge Scott (1998) var noen av tiltakene som den moderne staten måtte innføre for å kunne oppnå kontroll og tilgang: 1) statlige prosjekter av lesbarhet og forenkling over natur, landskap, byer, mennesker og språk. 2) transformasjon i landbruk og urbanisme i høymodernisme perioden. 3) storskala utforming av landliv og produksjon.

⁷ På engelsk *Body politics* representerer et av de tre aspektene ved kroppen, aspekter som brukes i samfunnsvitenskapelig forskning, og som referer til overvåking og kontroll av kroppens (både individuelle og kollektive) reproduksjon og seksualitet, arbeid og fritid, sykdom og andre former for avvik og menneskelig forskjell. De andre to aspektene er *individual body* forstått i fenomenologisk forstand av den levde erfaringen av kroppen selv, og *social body* som viser til forestillingen av kroppen som et naturlig symbol på natur, samfunn og kultur (Scheper-Hughes and Lock 1987:7-8).

1) statlige prosjekter av lesbarhet og forenkling over natur, landskap, byer, mennesker og språk.

Scotts første empiriske eksempel er fra det nittende århundres Tyskland. Under statlig regi, forsøkte skogingeniører å øke tømmerproduksjonen ved å erstatte gammel skog med busk-, og plantevekst med perfekt planlagt treskog der trærne skulle vokse i rette linjer. Disse rasjonelt utformede skogene, ville etter planen være lettere å kartlegge, håndtere og manipulere. Det de ikke visste, var at disse planlagte skogene ville være mer utsatt for dårlig vær og skadedyr og ville snart ødelegge jordas fruktbarhet. Etter kortsiktige gevinster, falt tømmerproduksjon bratt, og skogens ledere måtte gjeninnføre alle insekter, trær og ugress som de hadde fjernet i første omgang (Anderson 1999).

Et annet eksempel Scott kommer med i sin bok, er statens forsøk å forenkle målenhetene i det nittende århundre å gjøre dem felles for flere regioner slik at statens tjenestemenn kunne gjennomføre meningsfylte sammenligninger. Ideen bak syntes enkel og logisk, men i praksis fungerte den ikke, fordi mennesker lager landskapskart etter enheter av arbeid og innhøst, type jord, og selvbergingsjordbruk. Det som oppfyller forsørgelsesbehov til en familie, dekker kanskje ikke forsørgelsesbehovet til en annen. Å lage en unik målenhet sviktet fordi: "The measurements are decidedly *local, interested, contextual, and historically specific*" (Scott 1998:27) (kursiv i original).

Landskapsarkitektur med symmetriske parallellgater og perfekte geometriske former (som Chicago for eksempel) var en annen form for statlig kontroll. Servicetjenester som postlevering, politipatrulje, varelevering, etc. ble betraktet som lettere gjennomførbare i en "geometrisk by". Men det som så ut som denne typen orden, var egentlig ikke noe spesielt nyttigere for de enkelte personene. Tvert imot denne moderne urbanismeplanen har fjernet til en viss grad innbyggernes rekreasjonsfellesarealer og de varme nabofølelsene de hadde (Scott 1998).

2) transformasjon i landbruk og urbanisme i høymodernisme perioden. Hva er høymodernisme?

Scott beskriver høymodernisme som en periode med tro på vitenskapelig og teknisk utvikling. Denne perioden er først og fremst assosiert med industrialiseringen i Vest-Europa og i Nord-Amerika fra omkring 1830 til første verdenskrig. I sentrum sto det "utvikling av vitenskapelig og teknisk kunnskap, utvidelse av produksjonen, den rasjonelle design av sosial orden, den økende tilfredsstillelse av menneskelige behov, og ikke minst, en økende kontroll over naturen (inkludert menneskets natur) i samsvar med vitenskapelig forståelse av naturlovene" (Scott 1998:89-90) (min oversettelse).

De empiriske eksemplene som Scott referer til i denne sammenhengen tar utgangspunkt i høy moderne urbanisme og beskriver Le Corbusier⁸ som planla byene Brasilia i Brasil og Chandigarh i Indias Punjab, L'Unité d'Habitation, en stor leilighetskompleks i Marseille. Men hans enorme prosjekter ble aldri realisert. Han foreslo byplanleggingsordninger for Paris, Algiers, São Paulo, Rio de Janeiro, Buenos Aires, Stockholm, Genève og Barcelona⁹. For Le Corbusier var byplanleggingen nesten alltid et utopisk prosjekt. I hans verdensbilde var alt stort, hans prosjekter var alltid så store at det ble altfor vanskelig å gjennomføre dem.

3) storskala utforming av landliv og produksjon. Hvordan kunne staten håndtere samfunnet?

Dette er et spørsmål som Scott besvarer i boken *Seeing Like a State* (1998) ved å se nærmere på logikken bak storskalaforsøk i utforming av landliv og produksjon ovenfra. Disse forsøk var ofte kalt for "sivilisasjonsprosesser". Scott mener imidlertid at det er mer sannsynlig snakk om en landsbruksdomestiseringsprosess ettersom den ble en mer sentralisert og kontrollerbar aktivitet for staten. De empiriske eksemplene Scott bruker for å begrunne dette, er to beryktede ordninger for agrarforenkling: kollektiviseringen i Sovjet-Russland og ujamaa landsbyene i Tanzania. Han viser til hva disse to ordningene skulle ført til og hvordan de har mislykkes som produksjonsordninger.

Kollektiviseringen i Sovjet-Russland skjedde under Stalins ledelse mellom 1928 og 1940. Ideen bak var at all landbruk og arbeid skulle bli sentralisert og eid av staten. Kollektiviseringen var et ekstremt tilfelle for autoritærisk høymodernistisk planlegging. Målet var å mekanisere all landsbruksproduksjon, fordoble den, og minske avlingskostnadene. I mai 1928 uttalte Stalin seg at kollektiviseringsmålet var:

to transform from small, backward, and fragmented peasant farms, to consolidated, big, public farms, provided with machines, equipped with the data of science and capable of producing the greatest quantity of grain for the market (Fitzpatrick 1994:39)¹⁰.

Men til slutt klarte disse kollektivfarmene (*sovkhoz*, flertall *kolkhoz*) ikke å levere noen av de oppsatte målene. På grunn av at mange motsatte seg, ble kollektiviseringen en voldelig tvangspolitikk. Kollektivfarmene var en tydelig svikt i å øke nivået på kornproduksjon eller produsere rikelig matvare for en urban industrialisert arbeidsstyrke. De klarte heller ikke å bli så teknisk effektive og innovative som både Lenin og Stalin hadde antatt (Scott 1998).

⁸ Han var sveitsiskfødt fransk essay- forfatter, maler, arkitekt og planlegger. Hans virkelige navn var Charles-Edouard Jeanneret (1887-1965).

⁹ Bidraget til Le Corbusier i 1927 designkonkurransen for *Palace of the League of Nation* vant førstepremien, men hans design ble aldri bygget" (Scott 1998:381).

¹⁰ I (Scott 1998:209).

Et siste empirisk eksempel på et mislykket statligprosjekt som man leser om i Scotts bok, er ujamaa landsbyene i Tanzania. Kampanjen om ujamaa landsbyer i Tanzania varte mellom 1973 og 1976, og var et gigantisk¹¹ forsøk på å bosette fast landsbyfolket i landsbyer der statens tjenestemenn bestemte landsbyens planløsning, boliger og lokal økonomi.

Tanzanias despotiske hersker i den tiden, Julius Nyerere, så i innbyggernes faste bosetting, landets mulighet til modernisering, mekanisering og industrialisering. Planleggingen av ujamaa landsbyer ble ikke gjort på en logisk måte, men ved å velge "et blankfelt på kartet" spesielt i nærheten av eksisterende veier. Produksjonen i ujamaa landsbyer lovet å bli rikelig fordi den ble kalkulert matematisk etter areal, teknologi som skule bli brukt, og type avling. I praksis hadde den ikke noe reelt fundament (Scott 1998). Landsbyplanleggingen skapte til slutt "en fremmedgjort, skeptisk, demoralisert, og en lite samarbeidsvillig bondestand som Tanzania ville betale en stor pris for, både økonomisk og politisk" (Scott 1998:237).

I konklusjon vil jeg understreke at Scotts bok (1998) er en viktig kilde til å forstå den moderne staten. Gjennom en rekke empiriske eksempler viser han hvordan store prosjekter som autoritære stater har startet uten å ta hensyn til individets egentlige behov eller reelle fakta, har mislykket i deres oppfylleelsesprosess. Dermed 'å se ovenfra, å se som en stat ser', er å handle i blindhet, noe som kan føre til at både natur og mennesker blir ødelagt (Anderson 1999) og "*Seeing Like a State reminds us that while vision is important, the details still matter*" (Bressler 2001:438).

I likhet med Le Corbusier som følte et behov for å "skape orden ut av den desperate forvirringen av vår tid"¹² (Desjarlais 1997:45) gjennom arkitektur og byplanlegging, har en annen arkitekt, Paul Rudolph¹³ prøvd å skape en monumental bygning i Boston, USA. Han var arkitekten bak Boston's Station Street Shelter som Desjarlais (1997) brukte som etnografisk feltsted i studien av hjemløse folk, i boken kalt for "A crazy place to put crazy people" (Desjarlais 1997:50). Han fremhever i store detaljer gjennom boken, innvirkningen herberget har på beboerne, både som arkitektonisk, institusjonelt og sosialt rom (Downey 1999). Desjarlais vender seg bort fra debatter om politikk og fra effekten som ulike behandlingstyper kan ha. I stedet gir han i denne boken en rikt detaljert fenomenologisk redegjørelse, formidlet stort sett gjennom krisesentrebeboernes egne ord. Beboerne beskriver da selv hvordan det føles å være hjemløse, fattige og syke (Downey 1999), og hvilken erfaring hvert enkelt individ har i dette herberget.

¹¹ Det ble flyttet over fem millioner tanzanianere i denne kampanjen. (Scott 1998:223)

¹² Min oversettelse.

¹³ Amerikansk arkitekt (1918-1927) kjent som arkitekten bak Yale Kunst og Arkitektur Building (A & A Building), og for den "Brutalist"-stilen han adopterte, ved bruken av "rå" betong.

Desjarlais argumenterer at: ”å prøve å skrive om mennesker uten referanse til erfaring er som å prøve å tenke det utenkelige” (Desjarlais 1997:12) (min oversettelse). En av herbergets beboere Desjarlais observerer, en kvinne, fremhever at den generelle tilstanden blant dem er den evige kampen om å finne en balanse mellom kjedelig og kaos. Dette mens de måtte kjempe med symptomer som for eksempel å høre stemmer, eller å ha vrangforestillinger. Beboernes hverdagslig liv ble dermed oppfattet som en kontinuerlig lidelse, og alt de kunne gjøre var ”struggling along” (Desjarlais 1997:19). Alle beboerne knyttet til dette herberget hadde en psykiatrisk klassifisering, og dermed var deres atferd overvåket og kontrollert gjennom medikalisering. Dette kan åpne for diskusjon om medikalisering som sosial kontroll (Conrad 1992) som jeg har gjort rede for i begynnelsen av dette kapittelet. Forsøket å samhandle med hverandre, og med helsepersonalet, var sjeldent vellykket. Den primære helsepersonalets oppgave var å kontrollere det fysiske rommet, nemlig eiendommen, og ikke det å oppfordre herbergets beboere til å gå utenfor sin pasientidentitet. Desjarlais’ analyse av herbergets beboere, av deres dignitet, integritet og i den forstand deres menneskelighet, er et viktig redskap når man søker en forståelse av hvordan institusjonalisering, og medikalisering påvirker enkeltindividene og gir en form av sosial kontroll.

2.4 ...andre lykkes!

I dag verdsetter mennesker verden rundt egen helse, og helsen har blitt nær beslektet med begrepet *self-governance*. Den ideen har blitt omfavnet av regjeringer på alle nivåer samt av den medisinske profesjonen (Lock and Nguyen 2010). Til tross for at helsen har blitt mye diskutert i litteraturen, er det imidlertid vanskelig å definere begrepet helse. Siden helse er i biomedisin definert og håndtert som den sykdomsfrie tilstanden (bl. a Naidoo and Wills 2000), blir den oppfattet som noe som best opprettholdes gjennom systematisk, teknologisk, og sofistikert overvåking av individenes kropp (Lock and Nguyen 2010).

For å forklare begrepet *self-governance*, vil jeg først redegjøre for et annet begrep, nemlig governmentalitet (*governmentality*). Governmentalitet-begrepet referer til makt, taktikk og teknikker som regjeringen bruker på forskjellige nivåer til å påvirke samfunnet. Det innebærer diskusjon om suverenitet og autoritet, om regjeringens kompetanse, for eksempel i det offentlige versus det private (Gordon et al. 1991). Foucault (1991) mener at regjeringens første formål er ikke bare regjeringsmakt i seg selv, men at den arbeider for befolkningens velferds-, og tilstandsforbedring, helseøkning, det å forlenge levealderen osv. Han skriver det slik:

”[the] government has at its purpose not the act of government itself, but the welfare of the population, the improvement of its condition, the increase of its wealth, longevity, health, etc. “(Foucault 1991:100). Og han fortsetter: “it is the population itself on which government will act either directly through large-scale campaigns, or indirectly through techniques that will make possible, without the full awareness of the people, the stimulation of birth rates, the directing of the flow of population into certain regions or activities“ (ibid.).

Foucault innførte begrepet governmentaltitet for å fremheve måten som den moderne staten utfører sin makt utover befolkningen, for at enkeltindividet skulle stimulere sin egen vitalitet, og for å ta i bruk diverse koder og teknikker til å styre sitt eget liv. Et godt eksempel er å vedta en "sunn" livsstil (Lock and Nguyen 2010). I tilknytning til governmentaltitet-begrepet bruker Foucault også begrepene: biomakt og biopolitikk. Biomakten, tilknyttet til kroppens anatomi, er en form for disiplinær makt som retter seg mot hele befolkningens fødsels- og dødsrater, deres reproduksjonsevner og sykdommer. Med begrepet biopolitikk sikter Foucault til moderne regjeringers evne til å styre statens innbyggere gjennom sosial kontroll, det vil si ved å ha kontroll over tilgangen på medisiner og medisinsk behandling, arbeid, skolegang osv¹⁴. Samtidig er det individets eget ansvar å styre egen husholdning, familie, religionstro, arbeidsferdigheter, og kroppshelse (Foucault 1991). Diskursen om governmentaltitet blir dermed en diskusjon om *self-governance*. Basert på Foucaults arbeid, mener Dean (1999) at:

”Government concerns not only practices of government but also practices of the self. To analyze government is to analyze those practices that try to shape, sculpt, mobilize and work through the choices, desires, aspirations, needs wants and lifestyles of individuals and groups. This is a perspective, then, that seeks to connect questions of government politics and administration to the space of bodies, lives, selves and persons” (Dean 1999:12).

Governmentaltitet-teorien opptrer dermed både på samfunnsnivå, i form av overvåkning, politiarbeid, i form av forskjellige forskrifter utført av institusjoner for strategiske formål (Lupton 1995) og på individnivå, i form av *self-governance*, nemlig når individene tar egne valg vedrørende sine liv. Mammografiprogrammet kan oppfattes som en form for governmentaltitet, det vil si som statens måte å kontrollere kvinnes helse på, gjennom et organisert nasjonalt tiltak. Samtidig er det ikke obligatorisk deltakelse for kvinnene i programmet. Mammografiprogrammet kan dermed heller betraktes som en diskurs av *self-governance*, siden kvinnene velger selv om de ønsker å delta eller ikke i programmet, med andre ord de bestemmer selv over egen kropp og egen helse.

Det finnes imidlertid et aspekt ved dette programmet som svekker til en viss grad kvinnes *self-governance*. Dette er ”den praktiske hjelpen” som invitasjonen til mammografiundersøkelsen

¹⁴ <http://www.filosofiskvillnis.no/Filosofier/files/foucault.php>. Lest den 30.04.2010

inneholder, nemlig det at time og sted allerede er bestilt når man får invitasjonen. Kvinnene oppfatter dette som en praktisk hjelp i en travel hverdag. Noen av dem kan se på denne praktiske hjelpen som en fordel, fordi de slipper å ringe selv, og det første steget til å takke ja er allerede som gjort (Østerlie et al. 2008). Andre kvinner derimot opplever at på denne måten blir de pliktet til å delta i programmet.

Et annet aspekt som kan svekke kvinnes *self-governance* er, det såkalte informerte valg (*informed choice*). Dette har det blitt skrevet mye om i artikler som for eksempel Rimer et al. (2004), Irwig et al. (2006), og Fox et al. (2006). Noen etiske dilemmaer som åpnet for diskusjon er knyttet til hva slags, og hvor mye informasjon en slik invitasjon til screening burde inneholde, slik at *the informed choice* skal være mest mulig objektivt, og ikke skal påvirke på noen måte individets valg, nemlig *self-governance*.

Gjensidighet, samarbeid og solidaritet prinsipper som danner og styrker følelsen av fellesskapstilhørighet blant kvinner, og mellom kvinner og staten

Astrid B. Stensrud (2006) kommer med et eksempel på en slik direkte relasjon mellom kvinner og staten i artikkelen *Forhandling om makt og respekt. Felleskjøkken som møtepunkt mellom kvinner og stat i Peru*. Hun beskriver relasjonen mellom kvinner fra fattige strøk i Peru og staten ved å se på felleskjøkkenet som de dannet fordi de ønsket ”bedre kosthold for sine barn og en mer rettferdig matfordeling” (Stensrud 2006:254). Disse kvinnene driver felleskjøkkenet i tillegg til hverdagslige oppgaver i sine hjem. Felleskjøkkenet er veldig kjønnspreget. Det er kvinnene som lager mat, som styrer økonomien, og som organiserer alt. De oppfater sin arbeidsinnsats som verdifull, og som en måte å få respekt på, ved å vise økte handlingsferdigheter.

Det å arbeide på felleskjøkkenet betyr å utvikle ideer om gjensidighet, samarbeid og solidaritet. Slik skapes og vedlikeholdes sosiale relasjoner, bygges uformelle nettverk, økes den sosiale kapitalen, og skapes tilhørighet i kvinnelige fellesskap (Stensrud 2006). Her er det kanskje interessant å gjøre en parallell med min studie. Selv om kvinnene i Norge deltar i Mammografiprogrammet av helt andre grunner enn kvinnene i Peru, er deres handlinger styrt av samme prinsipper: resiprositet, samarbeid og solidaritet gjennom deres deltagelse i dette programmet.

Den største forskjellen mellom de to tilfellene nevnt ovenfor er forholdet mellom kvinner og staten. For kvinner i Peru er felleskjøkkenet en måte for staten å kontrollere dem og utføre sin makt på. Gjennom ”daglige handlingsmønstre blant kvinnene i felleskjøkkenet bekreftes statens

autoritet (...). Dette betyr imidlertid ikke at den sosiale orden oppfattes som rettferdig, og at det finnes en sterk mistillit mot staten. Kvinnene ser på statlig kontroll som urettferdig, men uunngåelig” (Stensrud 2006:262). I Norge derimot ”store deler av den norske befolkningen har satt sin lit til at staten tar ansvar for deres interesser. Dette betyr selvsagt ikke at folk flest er fornøyde med det staten gjør, men at det er en allmenn, og sterk, forventning om at staten faktisk kan gjøre ’det gode’”¹⁵ (Lien et al. 2001:23).

Resiprositetsfølelser framhever også Desjarlais (1997) når han skriver om hjemløse og psykisk syke som ble satt inn i et herberge, nemlig i underetasjen av *Boston’s Station Street Shelter*. Her kunne beboerne være sammen med andre som var i deres situasjon, og dette herberget ”*provided them with companionship and an opportunity to exchange, share and reciprocate*” (Desjarlais 1997:429).

Helsevesenet som forestilt felleskap og som en stor levende organisme ”like a mother taking care”

Vi vet at folk er forskjellige, og at de kan utvikle forskjellige følelser og atferd når de befinner seg i samme situasjon. Men vi kan forstå menneskers atferd bedre hvis vi ser på fellestrekkene de utvikler når de befinner seg i slike situasjoner. Man kan snakke om et ”forestilt felleskap”¹⁶ innenfor Mammografiprogrammet. For eksempel når de skriver ”kommentar” på spørreskjema, snakker de på vegne av andre kvinner som også antas å være i samme situasjon. En kvinne skriver: ”Må **vi** svare på de samme spørsmålene hver gang?”, og en annen: ”Synes det er mange vanskelige spørsmål. (...) Og treningssenter var ikke der jeg bodde. Ikke hadde **vi** bruk for det heller. **Vi** hadde daglig tungt kroppsarbeid” (min utheving).

Men hvorfor deltar kvinnene i dette programmet? Hvilke drivkrefter styrer deres valg? Er det først og fremst tanken på egen helse, at man må ta vare på sin egen kropp, eller ligger det mye mer i dette valget? Samfunnstilhørighet, samarbeid med andre kvinner, med staten? Dette er et program som velferdsstaten tilbyr enkeltindividet, men hvordan blir dette tolket av folkegruppen programmet er laget for? Østerlie et al. (2008) viser gjennom en kvalitativ studie, basert på åtte delvis strukturerte fokusgruppeintervjuer, at kvinner som valgte å delta på Mammografiprogrammet etter å ha blitt invitert, oppfattet invitasjonen som ”an indication of a responsible welfare state, «like a mother taking care»” (Østerlie et al. 2008:34). En annen grunn

¹⁵ Apostrof i original.

¹⁶ Jeg referer her til Andersons uttrykk *imagined communities*, nemlig til fellesskapsfølelsen som enkeltindivider har til en gruppe, ellet et samfunn, hvor ikke alle kjenner hverandre personlig, men de føler på et eller annet måte at de er like på grunn av deres gruppe eller samfunnstilhørighet (Anderson 1983).

til at kvinnene velger å delta i programmet, som denne studien viser, er det at dato og sted allerede er satt opp i invitasjonsbrevet.

2.5 Konklusjon

Jeg har i dette kapittelet presentert de teoretiske og analytiske rammene som ligger til grunn for tema og problemstillingen i min studie. Problemstillingen jeg har valgt, åpnet for en diskusjon på flere nivåer. I begynnelsen av kapittelet har jeg gitt en kort innføring i den norske velferdsstaten. Det er mange aspekter som man kan studere nærmere innenfor dette temaet, men mitt fokus er på et av dem, et offentlig helseprogram som staten tilbyr kvinner, nemlig Mammografiprogrammet.

Når man snakker om velferdsstaten, snakker man imidlertid om den moderne staten. Av den grunn har jeg prøvd å definere den moderne staten ved hjelp av forskjellige teoretikere. Et annet interessant aspekt som jeg har trukket fram, er hvordan staten studeres i antropologien. Tatt i betraktning at antropologien er vitenskapen som studerer menneskeslekten verden over både i fortid og presens, må man fra en antropologisk synsvinkel se på staten som skapt for og av mennesker.

Som nevnt ovenfor, tar studien min utgangspunkt i et offentlig program som ble skapt for individenes helsevelferd. For å kunne snakke om helse, har jeg definert begrepet slik det fremstår innenfor medisinsk antropologi og biomedisin. Å snakke om helse som den sykdomsfrie tilstanden (Naidoo and Wills 2000), betyr implisitt å snakke om sykdom, og dessuten forstå sykdom i en kulturell kontekst (Hydle 1997). Ettersom Mammografiprogrammet er skapt for kvinner og den kvinnelige kroppen, har det vært interessant å se på noen antropologiske perspektiver på kjønn og sykdom. Barnefødsel, fødselsregulering, sterilitet, abort og overgangsalder har blitt gjennom tidene sett på som ikke bare kvinners rettigheter, men også plikter overfor samfunnet, noe som har ført til større statlige interesse for å overvåke kvinnes reproduktive funksjoner gjennom medikalisering. Imidlertid åpner medikalisering for en diskusjon om sosial kontroll, om hvorvidt staten tilbyr helseprogrammer av egen interesse eller med tanke på individets beste (Conrad 1992). Dette har jeg prøvd å forklare ved å ta opp Foucaults (1991) begreper: *governmentalitet* og *self-government*.

Diskurser om makt, vold, suverenitet, legibilitet, sosial kontroll er vanlige når man snakker om staten. De mest aktuelle i min studie har vært diskurser om legibilitet og kontroll, gjennom

forenkling og systematisering. De empiriske eksemplene på mislykkede statlige prosjekter som jeg har brukt i denne sammenhengen er tatt fra James Scotts bok fra 1998, *Seeing Like a State*. I tillegg har jeg vært inne på diskurser om gjensidighet, samarbeid, felleskapstilhørighet, respekt og tillit til staten og til det offentlige apparatet i Norge, mens jeg refererte til deltakerne i Mammografiprogrammet.

I neste kapitlet vil jeg redegjøre for selve gjennomføringsprosessen når det gjelder min studie. Først vil jeg presentere en del etiske diskusjoner rundt mitt prosjekt, deretter beskrive mitt feltarbeidsted, måten dataene har blitt innsamlet på, og spørreskjemaene som jeg har brukt i studien. I tillegg vil jeg gi en beskrivelse av de kvalitative intervjuene som jeg har gjennomført i forbindelse med dette prosjektet.

3. Metode

Formålet med denne studien var å forstå hvorfor kvinnene som leverte spørreskjemaene til Mammografiprogrammet skrev kommentarer ved siden av spørsmålene, nemlig i margin av spørreskjemaene. For å kunne oppnå den forståelsen har jeg valgt som metode tekstanalyse og delvis strukturerte kvalitative intervjuer. Innsamlingen av dataene resulterte etter et feltarbeid som varte i seks måneder. I dette kapitlet vil jeg redegjøre for metodene jeg har brukt for å gjennomføre denne studien, både for innsamling av data og analyse.

For å kunne forstå hvorfor kvinnene kommuniserer med helsevesenet, som i denne sammenhengen kunne oppfattes som et levende ”vesen”, oppsto et behov for å analysere problematikken både på mikro- og makronivå.

I boken *Pasienten Norge* argumenterer Per Fugelli (1994) at ”ikke bare enkeltmennesker, men også samfunn kan være friske eller syke. Hitlers Tyskland var et sykt samfunn. Ceausescus Romania var et sykt samfunn. Helsearbeiderne har et ansvar ikke bare for pasientens helse, men også for samfunnshelsen” (Fugelli 1994:156). Det som jeg har tenkt å analysere på et større nivå, er imidlertid ikke Norges samfunnshelse, men snarere relasjonen som enkeltindivider i Norge har til helsevesenets offentlige tilbud, nærmere bestemt i hvilken grad de har tillit til det.

Dette vil jeg analysere med hensikten av å vise at et offentlig program *kan* være vellykket for individet, noe som står i motsetning til Scotts bok (1998) om empiriske eksempler av statlige prosjekter som sviktet på enkeltindividets plan. Jeg vil understreke her at jeg har selv valgt dette standspunktet, nemlig at dette offentlige programmet er vellykket. Jeg tok dette valget med utgangspunkt i positive tilbakemeldinger til Mammografiprogrammet som kvinnene skrev på spørreskjemaene i form av kommentarer.

Det å skifte fokus, fra individnivå (kvinner) til samfunnsnivå (helsevesen/staten) kan være en utfordring i denne studien. Iver B. Neumann (2006) mener at det er ganske problematisk i sosialantropologien å studere på makronivå (f. eks helsevesenet eller staten) fordi hovedmetoden brukt i sosialantropologi er deltakende observasjon som egner seg best på mikronivået. Samtidig er det ikke umulig. Neumann mener at sosialantropologene ikke bør behandle separat makro- og mikronivå hver for seg, men de må settes i sammenheng. På denne måten kan ”man tenke seg forholdet mellom staten og forskjellige konstellasjoner av innbyggere ikke som nivåforskjell, men som en mer eller mindre direkte relasjon” (Neumann 2006:214).

Antropologer som studerer fjerne, eksotiske, småskalasamfunn, har et helhetlig perspektiv over samfunnet. Dette er umulig for antropologer som studerer moderne samfunn fordi de aldri kan få oversikt over alle innbyggerne som i et småskalasamfunn (Frøystad 2003). Siden antropologene visste i de siste årene en økt tendens til å gjøre feltstudier innenfor moderne, komplekse samfunn, og spesielt ”egne” samfunn, måtte de appellere til dagens teknologi. Jo større feltstudie, jo større informasjon må man bearbeide og interpretere.

Forestillingen av det tradisjonelle feltarbeidet var om antropologen som sitter og studerer folk rundt et leirbål og som involverer seg dypt i deres hverdagsliv. Men i komplekse samfunn blir noen feltsteder vanskelig å gjennomføre derfor kan andre metoder som statistiske beregninger, livshistorier, intervjuer, dybdesamtaler og spørreskjemaer, konversasjonsanalyse og tekstanalyse tas i betraktning (Frøystad 2003).

Tekstanalyse fremfor deltakende observasjon kan ifølge Gullestad (1996) bli i utgangspunktet betraktet som mindre attraktiv fordi å lese skrevne tekster istedenfor å snakke personlig med mennesker kan føre til større sosial avstand. Imidlertid har dette ikke skjedd da Gullestad leste livshistorier, og jeg vil argumentere her at jeg delte mye av hennes ovennevnte påstand da jeg leste tilleggsopplysningene og spørreskjemaene.

”Mange av de skrevne tekstene ga meg som leser en nærhet og fortrolighet som en antropologisk feltarbeider vanligvis bare oppnår med noen få mennesker etter lang tid. (...) Samtidig som tekstene er private og individuelle, er de også et spennende materiale for å analysere hvordan enkeltmennesker bruker og omformer tilgjengelige verdibegreper og forestillinger for å skape bilder av selvet og samfunnet” (Gullestad 1996:35).

3.1 Feltarbeidet: beskrivelse av sted, spørreskjemaer og intervjuer

Det å gjøre feltarbeid på en eksotisk øy eller på et mystisk kontinent som Afrika eller Australia, betraktes som ganske vanlig i antropologien. Imidlertid betyr det ikke at det er umulig å finne interessante temaer rundt oss uten å måtte reise til fjerne og uutforskede steder.

Modernisering og globalisering har påvirket antropologien som fag, det som antropologene valgte for å studere, hvor og hvordan: ”Som konsekvens av blant annet modernisering og globalisering er antropologiske studier ikke lenger så sterk preget av fysisk avstand mellom antropologens eget samfunn og det samfunnet som studeres” (Rugkåsa and Thorsen 2003:16).

Jeg har valgt som feltarbeidssted Kreftregisteret – Institutt for Populasjonsbasert Kreftforskning i Oslo, Norge. Kreftregisteret er organisert som selvstendig institusjon, med eget styre, under Oslo Universitetssykehus HF, og en del av Helse Sør-Øst RHF¹⁷. Her skannes alle spørreskjemaene som kommer inn i Mammografiprogrammet. Mammografiprogrammet er landsdekkende. Alle kvinner mellom 50 og 69 år får tilsendt invitasjonsbrev til mammografiundersøkelse fra det offentlige Mammografiprogrammet, de blir oppfordret til å svare på og levere spørreskjemaet i ferdig utfylt stand. Screeningene sender innleverte utfylte spørreskjemaer til Kreftregisteret i Oslo.

Kreftregisteret ligger midt på Majorstua, i Oslo, i nærheten av Colosseum Kino og Frognerparken. Det er en femetasjers bygning. Kontorene til Kreftregisteret befinner seg i tredje og fjerde etasje, og de andre etasjene brukes som hovedkontor av flere andre norske organisasjoner.

Kreftregisteret er organisert i fem forskjellige avdelinger. Tre av dem er fagavdelinger: 1) Årsaksforskning, Karsinogeneseforskning og eksponeringsdatabaser; 2) Klinisk forskning, Innsidens og Kliniske registre og 3) Screeningbasert forskning og screeningregistre. De andre to er stabs- og støtte avdelinger: 1) Administrasjonsavdeling – Stabsfunksjoner, informasjon og dokumentasjon og 2) IT -drift og utvikling.

Som arbeidsplass er Kreftregisteret et veldig trivelig sted, med masse hyggelige folk. Det er cirka 150 ansatte per i dag. Min første kontakt med dette stedet var for tre år siden, da jeg begynte å jobbe som student. Blant flere andre oppgaver var det å skanne spørreskjemaene som brukes i Mammografiprogrammet ved Screeningavdelingen en av hovedoppgavene.

I begynnelsen visste jeg ikke at det skulle være så morsomt. Kanskje ingen visste det nettopp fordi dette arbeidet ble kalt som ”en kjedelig rutine”, men allikevel veldig viktig fordi resultatene brukes til forskning om brystkreft. Det interessante ved dette arbeidet var at spørreskjemaene inneholdt tilleggsopplysninger ingen forventet. Jeg skal beskrive dette i neste underkapittel.

¹⁷ <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Om-Kreftregisteret/> Lest den 25.03.2010.

3.2 Spørreskjemaene: kategorier og temaer

Spørreskjemaene som benyttes i Mammografiprogrammet i dag ble revidert i 2006 og omfatter to deler: "Helseforhold før 50 års alder" og "Helseforhold i dag".

Data fra spørreskjemaene kan brukes som tilleggsinformasjon ved evaluering og kvalitetssikring av Mammografiprogrammet. De kan brukes som selvstendige data i forhold til risikofaktorer for brystkreft. De er derfor en viktig del av screeningprogrammet og de må behandles med stor nøyaktighet både av kvinnene som mottar dem, radiografene som samler dem inn og de som registrerer dem i Mammografidatabasen på Kreftregisteret.

For å gjenspeile virkeligheten er det viktig at spørsmålene er relevante og presise. I *Constructing Effective Questionnaires* sier Robert A. Peterson (2000) det slik:

"Because a questionnaire is the «heart and soul» of any research project requiring overt information from study participants, it is imperative that everything be done to ensure that the questionnaire is effective" (Peterson 2000:118).

Spørreskjemaene oppdateres derfor jevnlig. Teknologien og dataprogrammene knyttet til spørreskjemaene utvikles og forbreides for å øke kvaliteten på dataene. Skanningsmaskiner overfører papirdokumenter til datamaskiner, de konverterer dem til elektroniske dokumenter i form av bilder og tekster. Noen grunner til hvorfor mennesker har utviklet denne teknologien er at elektronisk lagring er fleksibel, billigere og mer pålitelig enn fysisk dokumentlagring eller arkivering (Finlay et al. 2004).

Ifølge Latour (1999) oppnår vitenskapsmenn forståelse i samfunnet ved å sette seg dypere inn i menneskelig språk gjennom å forstå deres ordmeninger og implikasjoner, tegn, kroppsspråk, signaler osv. og ikke lenger ved å bryte ned kontakten med samfunnet. Han mener at "*The quality of science's reference [...] depends rather on its ability to make nonhumans accessible to words*" (Latour 1999:97). Dagens teknologi muliggjør kommunikasjonen mellom mennesker og ikke-mennesker (datamaskiner), og et eksempel på det er skanningsprosessen.

Nguyen (2005) argumenterer at innenfor vitenskapelige studier ble aktørnettverk-begrepet utviklet for å kunne undersøke hvordan praktiske og institusjonelle arrangementer knytter sammen menneskelige og ikke-menneskelige agenter for å stabilisere vitenskapelige fakta. Bruno Latour, Michel Callon og John Law er de viktigste forskerne som arbeidet med utviklingen av aktørnettverksteorien ("*Actor Network Theory*"). Denne teorien er kjent for å ikke skille mellom menneskelige og ikke-menneskelige aktører i et nettverk. Den beskriver sosio-

tekniske systemer og nettverk i et samfunn hvor alle aktørene påvirker nettverket og omvendt, påvirkes av nettverket.

Det er viktig å ta i betraktning at kvinnene som inviteres til Mammografiprogrammet har forskjellig utdanningsbakgrunn og alder, og ulik kulturell bakgrunn. Spørsmålene reflekterer hele livsløpet fra fødsel til i dag. Det er viktig å fokusere på kvinnes holdning til spørreskjemaene, hvordan de tilpasser nåtidens terminologi til fortidens atferd.

De to typer spørreskjemaer som brukes i Mammografiprogrammet, ”Helseforhold før 50 års alder” og ”Helseforhold i dag”, inneholder tolv og henholdsvis ti spørsmål: om høyde og vekt, medisinformbruk, alkohol- og røykevaner, mosjon og trening. Kvinnene skulle besvare spørsmålene bare med tall og kryss i boks. Men for noen av dem var det vanskelig å begrense svarene til det, og da kom de med tilleggsopplysninger, ved siden av ruterne.

Det kom inn cirka 9000 spørreskjemaer per uke som skulle sorteres, ordnes og bearbeides til skanning. Ved å foreta dette var jeg nødt til å gå gjennom hvert enkelt spørreskjema. Slik oppdaget jeg at enkelte av dem inneholdt tilleggsopplysninger utenfor skanningsruterne. Noen av disse var korte forklaringer til angitte svar, andre var mer detaljerte og vekket min oppmerksomhet mer enn de første: spennende historier fra ungdomsperioden eller om familielivet, en slags reise i en fantasifull verden. Jeg leste om store familier som bodde under samme tak. Barn, foreldre, besteforeldre og oldeforeldre satt ved samme middagsbord hver eneste dag. Store gårdshus med masse gårds- og landbruksarbeid. Historier om sjømenn som var på lange reiser og kom hjem til kone og barn en gang i året for en eller to måneder... og om hvordan troen på Gud kan redde menneskets sjel...

Det var spennende ikke å vite hva man kunne finne på neste spørreskjema. Disse historiene som jeg kunne lese sendte meg inn i en fantasiverden. Slik tenkte jeg en dag på henne, kvinnen som skulle fylle ut spørreskjemaet: Hun setter seg en kveld med en kopp te ved kjøkkenbordet, på bordet står en liten vase med tulipaner og et grønt lys. Hun sitter alene i et halvmørkt kjøkken, med vinduet åpent for å få litt frisk luft før hun skal legge seg... hun fyller ut skjemaet og plutselig kommer en kald vind og blåser gjennom kjøkkenet, velter det høye grønne lyset rett på spørreskjemaet som tar fyr. Kvinnen ser det, heller øyeblikkelig teen på den brennende ilden og slukker den. Spørreskjemaet blir skadet, men heldigvis ikke fullstendig ødelagt. Slik ble det sendt til meg dagen etter, med brennehull i midten som skulle fortelle dets historie...

Jeg tok imot dette samtidig med mange andre, dag etter dag, måned etter måned, år etter år. På samme kontor, med et stort vindu mot en hovedvei, med biler som kjører forbi hele tiden, og forbipasserende folk fra morgen til kveld. På samme kontor med bokhyller som reiser seg fra gulv til tak på begge sider, med tusener av spørreskjemaer som ligger i kronologiske bunker og venter på deres tur til å bli lest.

Dette kontoret var mitt feltarbeidssted. Det å være student i antropologi åpnet for meg muligheten til å se på disse historiene som et studietema for masteroppgaven.

Før jeg bestemte meg for dette prosjektet, hadde jeg lest og skannet flere hundre tusen spørreskjemaer. Jeg ble fascinert av mange historier. Jeg leste dem, men kunne ikke samle og oppbevare dem fordi alt som stod utenfor ruterne ble ikke lest av skannemaskinen. Så skannet jeg spørreskjemaene og la dem sammen med historiene sine tilbake i bunker på de overfylte hyllene... Hver gang jeg var på kontoret og så på bunkene, føltes det som om vi delte en hemmelighet... det var vår hemmelighet. Der inne mellom tusenvis av ark gjemte det seg noen fine historier som perler i skjell som gjemmer seg på havbunnen.

Da jeg begynte feltarbeidet var det bare å finne dem fram, men hvordan skulle jeg gjøre det uten å drukne i så store bunker med skjemaer? Det var cirka 120 000 spørreskjemaer tilgjengelig på kontoret da jeg begynte innsamlingen, og det kom enda flere titusener i løpet av feltarbeidsmånedene.

Så her var jeg, fra morgen til kveld, på leting etter historier, som en dykker i havet etter perler, som en arkeolog blant ruiner eller en jeger på jakt etter dyr... Med tålmodighet og utholdenhet fant jeg dem fram, cirka to tusen spørreskjemaer som inneholdt noe uvanlig. For eksempel håndskrevne klistrelapper av alle formater: runde, firkantete, hjerte- eller blomsterformete og i diverse farger: gule, hvite, rosa og grønne. Noen av dem inneholdt beskrivelser av medisinformbruk og andre opplysninger om kosthold, til og med detaljerte hverdags- og diettoppskrifter. Da jeg fant et spørreskjema med to muttere festet på med tape, var det bare fantasien som kunne sette grenser i forsøk til å forstå hvordan og hvorfor de ble festet der.

Andre spørreskjemaer hadde kaffe-, brus- eller oljeflekker i forskjellige størrelser og fasonger. Mange av dem hadde noen uidentifiserbare flekker i diverse farger som så ut som et akvarellmaleri. I min studie var alle velkomne.

3.3 Delvis strukturerte kvalitative intervjuer

Intervjuutvalget ble gjort etter følgende kriterier: av alle spørreskjemaene med kommentarer på, ble det valgt ut de med flest kommentarer fra kvinner bosatt i Oslo og Akershus området. Jeg har gjennomført ti kvalitative intervjuer hvorav åtte ble tatt på lydopptak. Etter hvert intervju har jeg gjort notater med egne observasjoner og har transkribert hvert intervju. I de to intervjuene hvor jeg ikke tok lydopptak, tok jeg i stedet notater underveis. Etter gjennomføring og transkribering av alle intervjuene fikk informantene et pseudonym, og lydopptakene ble slettet. Alle de ti intervjuene ble tatt på norsk, og ingen språktolkning var nødvendig. Neste skritt var å lese intervjuene og prøve å finne temaer og undertemaer med relevans for forskningsspørsmål. Hvert intervju var deretter skrevet i en sammensatt form med de viktige begrepene og temaene som ble diskutert underveis. Noen av intervjuene var mer omfattende enn andre, men alle relevante for studien. Informantene har selv valgt stedet hvor intervjuet skulle gjennomføres. Åtte av ti har valgt deres private hjem og to av dem offentlige steder. Jeg vil understreke her at intervjuene som ble gjennomført hjemme hos dem føltes mer vellykket enn de andre. Intimitet, fred og ro, diskresjon var viktige for meg til å kunne konsentrere meg om spørsmål, svar og spesielt til å stille de riktige tilleggsspørsmålene når samtalen endret seg.

3.4 Posisjonering: antropologi i "eget" samfunn; språk

Som antropolog må man definere sin egen posisjon i forhold til informantene. Rollen antropologen inntar i form av kjønn, alder og klasse påvirker hva slags type informasjon vi får. Mest relevant for meg er min kjønnsdimensjon i feltet. Når Uni Wikan (1996) referer til hennes feltarbeid i Cairo, mener hun at hennes posisjon som kvinne ble "både et handikap og en styrke" (Wikan 1996:188). Det ble et handikap fordi kvinner i Cairo ikke er tatt på alvor som menn, og en styrke fordi som kvinne hadde hun tilgang til alle typer informasjon, både intime og om økonomiske og politiske beslutninger (det var myndige og mektige kvinner som tok dem). For meg var det å være kvinne *en styrke* fordi Norge er et land som er opptatt av likestilling, et land hvor kvinneforskere er sett på lik linje med mannforskere. På tross av jeg hadde valgt Norge som feltarbeidssted, kunne mitt antropologiske studie ved første blick falle innenfor kategorien antropologi i "eget" samfunn. Fordi jeg har utenlandsk bakgrunn, måtte jeg ikke frykte for "hjemmeblindhet" (Gullestad 1991) "som ville true den analytiske distansen som kreves for spenstige antropologiske analyser" (Frøystad 2003:39-40). Det å gjøre Norge til etnografisk felt

og nordmenn til informanter, fører til en annen debatt i antropologien, ifølge Marianne E. Lien (2001). Hun mener at ”verdien av utenlandske antropologers innsikt i norske forhold aktualiserer vilkårene for troverdighet i antropologiske fagmiljø. Det handler om tillit til den fremmedes blikk” (Lien 2001:69). På grunn av at mitt feltarbeid ble utført i Norge, var språket ikke min største utfordring. Det at jeg har bodd i Norge i flere år nå, og at jeg har lært norsk språk såpass bra, var en fordel for meg fordi jeg kunne kommunisere med informantene mine på deres eget språk i løpet av intervjuene.

3.5 Konklusjon

I dette kapittelet har jeg gjort rede for de vitenskapelige metodene jeg brukte for innsamlingen av dataene for denne studien. Metodene jeg har brukt er tekstanalyse og delvis strukturerte kvalitative intervjuer. Tekstene som lå til grunn for analysen var kommentarer og tilleggsopplysninger på spørreskjemaer, nærmere bestemt alt som ble skrevet i marginen på spørreskjemaene, utenfor skanningsruterne. Spørreskjemaene er en del av Mammografiprogrammet, og den ansvarlige institusjonen for dette programmet er Kreftregisteret i Oslo. De fysiske utgavene av de utfylte spørreskjemaene finnes i Kreftregisterets beholdning og på grunn av det var mitt feltarbeidssted denne offentlige institusjonen, Kreftregisteret. Jeg beskrev i dette kapittelet Kreftregisteret som mitt feltsted for innsamling av data og deretter beskrev jeg i detalj spørreskjemaene jeg brukte. Den andre metoden jeg har brukt var delvis strukturerte kvalitative intervjuer. I dette kapittelet har jeg gjort rede for intervjuutvalget, hvor og hvordan har jeg gjennomført disse intervjuene. Slutten av kapittelet inneholder også en diskusjon over min posisjon som antropolog i samfunnet, versus informantene og språket som ble brukt under feltarbeidet. I neste kapittel skal resultatene fra denne studien komme frem. I underkapittel 4.1 skal jeg presentere tekstene¹⁸ som jeg har samlet inn fra spørreskjemaene slik at leseren kan danne seg et bilde av informasjonene jeg hadde tilgjengelig for analyse. Hver kommentar tilsvarer et av spørsmålene på spørreskjemaene, og de er kontekstuellt betinget. Disse tekstene har nærmere sagt ingen mening hvis man tar dem ut av deres sammenheng. Av den grunn viser jeg et utklipp av hvert spørsmål med svaralternativene, slik at man ser forbindelsen mellom spørsmål, svar og kommentarer. Deretter i underkapittel 4.2 skal jeg presentere, som svar på studiens problemstilling, min analyse av disse tekstene, temaer om disse tekstene berører mest og hvilken konklusjon de fører til. Underkapittel 4.4 tar for seg resultatene som fremkommer fra de gjennomførte kvalitative intervjuene.

¹⁸Bare en del av kommentarene som jeg har samlet inn. Min analyse derimot baserer seg på alle kommentarene.

4. Resultater

Hva er de viktigste temaene som kommer opp fra tilleggs kommentarene på spørreskjemaene?

Hva skriver kvinnene mest om? Hva synes de er viktig å skrive i tillegg til svar på spørsmålene?

Og hvilke temaer drøftes mest av kvinnene i løpet av intervjuene? Finnes det noe samsvar mellom disse temaene fra spørreskjemaene og temaene som diskuteres i intervjuene?

På disse spørsmålene skal jeg svare i dette kapitlet. Først begynner jeg med å redegjøre for kommentarene jeg samlet inn i løpet av feltarbeidet og deretter skal jeg dele alle disse kommentarene inn i temaer.

Etter å ha gjennomgått spørreskjemaene og analysert temaene fra disse, skal jeg gå videre til intervjuene. Jeg skal fremheve temaene kvinnene var mest opptatt av i løpet av intervjuene, og skal prøve å analysere hvis noen av hypotesene fra begynnelsen av denne studien bekreftes eller avkreftes.

4.1 Resultater fra spørreskjemaene

Som jeg allerede har nevnt (*i kapittel 3.3*), det finnes to typer spørreskjemaer i

Mammografiprogrammet: "Helseforhold før 50-års alder" og "Helseforhold i dag". I dette kapitlet skal jeg redegjøre for kommentarer og tilleggsopplysninger fra hvert spørreskjema (*underkapitlene 4.1.1 og 4.1.2*) og deretter skal jeg analysere dem (*i kapitlet 4.2*).

4.1.1 "Helseforhold før 50-års alder"

Først skal jeg redegjøre kommentarer jeg har samlet inn fra spørreskjemaet "Helseforhold før 50-års alder". Dette spørreskjemaet inneholder tolv spørsmål.

For hvert enkelt spørsmål skal jeg presentere et utklipp med hvordan spørsmålet og svaralternativene er formulert på spørreskjemaet, slik at det blir lettere for leserne å forstå sammenhengen mellom spørsmål og kommentar.

Samme prosedyre skal jeg bruke til den andre typen spørreskjemaet "Helseforhold i dag".

Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 1 "Fødested"

1 Fødested	
Hvor er du født?	
<input type="checkbox"/> Norge	<input type="checkbox"/> Asia
<input type="checkbox"/> Europa utenfor Norge	<input type="checkbox"/> Afrika
<input type="checkbox"/> Nord-Amerika	<input type="checkbox"/> Oceania/Australia
<input type="checkbox"/> Latin-Amerika	

Spørsmål om fødested. Til tross for at kvinnene blir spurt om kontinentet de er født på (med unntak av Norge som står som separat svaralternativ), kommer noen av dem med tilleggsopplysninger om fødeby: Moss (2008:17) og land: Ukraina (2008:6, 13) Finland (2008:9), Madagaskar (2008:10), Danmark (2008:11).

Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 2 Skolegang/utdanning

2 Skolegang/utdanning
Hva er din høyeste fullførte skolegang/utdanning?
<input type="checkbox"/> Ingen fullført skolegang
<input type="checkbox"/> Grunnskole (barne-, ungdoms-, framhalds-, realskole)
<input type="checkbox"/> Videregående (gymnas, yrkes-, handels-, husmorskole)
<input type="checkbox"/> Universitets-/ høyskoleutdanning inntil fire år
<input type="checkbox"/> Universitets-/ høyskoleutdanning mer enn fire år

Spørsmål om høyeste fullførte skolegang/utdanning. Til tross for at det kreves den høyeste fullførte utdanningen, er det noen som krysser av i flere felt både på grunnskole, videregående og universitets-/høyskoleutdanning. Noen informanter setter strek under det som spesifiseres i parenteser og andre tilføyer stedet hvor de har tatt utdanning. For eksempel: "i Thailand" (2008:19), "2 år i England" (2008:40), "Døveskole i Trondheim" (2008:25), "Torshov offentlig skole" (2008:30) osv.

Andre nevner her fag de har tatt: "fagarbeider" (2008:20), "Agronom/ Landbrukshøgskole privatist" (2008:37), "omsorgarbeider" (2008:23), "hjelpepleien + videre utdanning i psykiatri" (2008:39), "hjelpepleier 1 år + barsel – spedbarn" (2008:27), "2 year college" (2008:29), "Døveskole" (2008:32), at de har "sluttet etter ½ 8 klasse" (2008:21), "15 år begynt i jobb i bank" (2008:35), "Har 20 vekttall/60 studiepoeng bl.a. etter vgs. pluss år gått på skole uten studiepoeng" (2008:36).

Imidlertid er ikke alle like villige til å opplyse om utdanningsnivået og mener at dette spørsmålet er "ikke nødvendig" (2008:34).

Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 3 "Høyde og vekt som barn og ungdom"

3 Høyde og vekt som barn og ungdom					
Sett ett kryss i hver kolonne					
7-års alder: (1. klasse)				15-års alder: (konfirmasjon)	
Vekt	Høyde			Vekt	Høyde
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mye under middels		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Noe under middels		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Middels		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Noe over middels		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mye over middels		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hva var din fødselsvekt? gram

Spørsmål om høyde og vekt som barn og ungdom og fødselsvekt. For noen av informantene er det vanskelig å vurdere egen høyde og vekt som middels, under eller over middels. De opplyser eksakte tall uten å krysse av i tilsvarende boks. Eksempler: **"7-års alder:** høyde 124,5; vekt 24,6 kg; **15-års alder:** 160,0 – 60,4 kg" (2008:55), **"7-års alder:** V/28 H/124, **15-års alder:** V/72 H/164" (2008:56). Flere av kvinnene spør: "men hva er middels?" (2008:50, 61). Noen av informantene opplyser at det er vanskelig å huske så langt tilbake i tid hvordan de så ut, men de viser seg villige til å svare ved å legge til forskjellige utsagn: "Vokste mye i høyde da jeg var ca 15 ½ - 16 år" (2008:70), "Har vært høy og tynn bestandig, var 178 lang før har fått ryggproblemer – Rtg. viser skoliose + bortslitte skiven – høyde i dag er 170" (2008:82), "var veldig liten og lett" (2008:61).

Den andre delen av dette spørsmålet referer til fødselsvekt. Dette vekker opp en del reaksjoner blant informantene. "Hallo! Jeg er født i 1945, korleis skal jeg vite dette? De får spørre på Rjukan Sykehus" (2008:81), "Herregud..." (2008:256), "Ja, den som visste det du!" (2008:270). Hvordan skal jeg svare på dette?" (2008:80). Imidlertid har ikke alle en slik reaksjon. Noen prøvde å finne ut fra foreldre: "normalvekt, sier mor" (2008:60), "mamma husker ikke" (2008:43), andre appellerer til et fotoalbum: "vet ikke, men veldig pen, ser normal ut på bilde" (2008:42). Mens noen av informantene mislykkes i å finne svar på spørsmålet: "mine foreldre døde, vet ikke" (2008:71), "Det vet jeg ikke for jeg mistet foreldrene mine da jeg var 4 år" (2008:78), skriver andre: "har aldri visst dette, hjemmefødsel" (2008:47), "Husker ikke. Født 3 mnd. for tidlig. Men jeg var veldig liten. Var så liten at jeg brukte dukketøy" (2008:41). Noen av informantene har aldri visst dette grunnet adopsjon: "vet ikke, er adoptert" (2008:76), "er adoptert i 1945" (2008:52), mens andre vet bare at de var: "stor" (2008:59), "normal" (2008:73), eller "var lita" (2008:46). Jeg vil bare understreke her at alle disse opplysningene blir ubrukelige fordi skannemaskinen registrerer kun tall fra dette feltet.

Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 4 "Menstruasjon"

4 Menstruasjon	
Hvor gammel var du ved første menstruasjon?	
<input type="text"/>	år gammel <input type="checkbox"/> Aldri hatt menstruasjon +

Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 5 "Sterilisering"

5 Sterilisering	
Har du blitt sterilisert?	
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, da jeg var	<input type="text"/> år gammel

Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 6 "P-piller og hormonspiral"

6 P-piller og hormonspiral	
Har du brukt p-piller?	
<input type="checkbox"/> Nei	
<input type="checkbox"/> Ja, jeg begynte å bruke p-piller første gang da jeg var	<input type="text"/> år gammel
Bruker du p-piller nå?	
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
Til sammen har jeg brukt p-piller i	<input type="text"/> år <input type="text"/> måneder
Har du brukt Levonova hormonspiral?	
<input type="checkbox"/> Nei	
<input type="checkbox"/> Ja, jeg begynte å bruke Levonova hormonspiral første gang da jeg var	<input type="text"/> år gammel
Bruker du Levonova hormonspiral nå?	
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
Til sammen har jeg brukt Levonova hormonspiral i	<input type="text"/> år <input type="text"/> måneder

På spørsmål om "Menstruasjon", "Sterilisering", "P-piller og hormonspiral" var det mindre tilleggsopplysninger enn på de andre spørsmålene. De som ble ført opp er i direkte tilknytning til sykdom og medisinformbruk. Tilleggsopplysningene kvinnene kom med kan føre til identifisering av informantene mine. Jeg skal ikke sitere disse. Det er flere kvinner som kom med nesten like kommentarer på Steriliseringsspørsmålet. Her er noen eksempler: "men det var ikke vellykket og jeg fikk et barn til" (2008:89), "Men fikk en gutt allikevel" (2008:99), "Virket ikke, hadde 4 barn" (2008:100). Noen av kvinnene er litt usikre på om dette spørsmålet refererer til frivillig eller ufrivillig sterilisering, slik at de kommer med følgende kommentarer: "Ikke i vanlig forstand, men som resultat av sykdom" (2008:87), "ufrivillig, under fødsel" (2008:91). Da de skulle svare på spørsmålet om P-piller og hormonspiral, hadde de fleste kvinnene vanskeligheter

til å huske navnet på det de brukte. Derfor var det et stort antall som kom med ”husker ikke navnet”. Noen av dem derimot følte behovet for å forklare hvorfor de brukte dem. For eksempel: ”bare en måned i forbindelse med eksamen” (2008:105), ”bare noen mnd. på grunn av uregelmessig mens” (2008:115). Noen har dårlige minner ”noen grufulle måneder” (2008:104), mens andre lurer på ”hvorfor spørsmål om merke?” (2008:103).

Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 7 ”Svangerskap og amming”

7 Svangerskap og amming

Har du gjennomført svangerskap med varighet lenger enn seks måneder?

☐ Nei
 ☐ Ja, jeg har gjennomført svangerskap
(tvillinger regnes som ett svangerskap)
 og har født levende barn

Hvor gammel var du ved starten av første svangerskap som varte lenger enn seks måneder?

år gammel

Har du ammet?

☐ Nei
 ☐ Ja, til sammen har jeg ammet i ⁺måneder

På spørsmålet om ”Svangerskap og amming” uttrykker informantene gjennom tilleggsopplysninger forskjellige følelser som for eksempel sorg: ”første barn døde 1 dag gammel” (2008:122), ”1 barn, døde 7 mnd gammel” (2008:123), ”1 barn, «mistet i trafikkulykke»” (2008:127), ”2 levende barn ”og en dødfødsel” (2008:128).

Det er noen som ikke forstår helt spørsmålene og spør: ”Hva menes m/dette?” (2008:134), ”ja, men hvert barn? 2 barn eller til sammen, uavhengig av antall barn?” (2008:147), mens andre vil understreke at et svangerskap er ”9 mnd. ikkje seks” (2008:157), eller rett og slett ”Har hatt vanlig svangerskap” (2008:166).

Til spørsmålet ”Har du ammet?” kommer kvinnene med forskjellige uttalelser: ”barna ville ikke ta brystet” (2008:135), ”3 mnd. permisjon hadde ikke adgang til å amme midt på dagen” (2008:144), noen hadde ”not much melk” (2008:148), mens andre gjorde det for ”litt kos” (2008:151). Noen ”mistet melken” (2008:155), mens andre ”Prøvde men barnet var ikke sterkt nok. Født 7 uker for tidlig” (2008:161). En informant mener at det er kanskje irrelevant å svare på dette spørsmålet fordi hun ikke fikk barn i Norge, men ”jeg fikk mine unger i Vietnam” (2008:124), mens andre ikke har ammet i det hele tatt fordi har hatt ”Ingen barn. Adopsjon 2 barn” (2008:153). Ikke bare de kvinnene som av diverse grunner ikke hadde ammet følte at det

var nødvendig med begrunnelse, men også noen av dem som har ammet mye. For eksempel: ”Siste datter ville ha pupp til 5 år gammel” (2008:159), ”Det siste barnet ca 4 år. Det første ca 1 mnd. Det andre 1 mnd. Det tredje 3 mnd.” (2008:163).

Som jeg nevnte før, inneholder spørreskjemaene noen spørsmål som er mer private enn andre som for eksempel spørsmålene 8 og 9. De er også spørsmålene med færrest tilleggsopplysninger.

Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 8 ”Brystkreft i familien”

8 Brystkreft i familien

Har du hatt brystkreft? +

☐ Nei

☐ Ja, jeg fikk diagnostisert brystkreft da jeg var år gammel

Har din mor/søster/datter hatt brystkreft?

☐ Nei

☐ Vet ikke

☐ Ja, hun fikk diagnostisert brystkreft da hun var år gammel
(Hvis flere, oppgi yngste alder)

Har din mormor/mors søster/farmor/fars søster hatt brystkreft?

☐ Nei

☐ Vet ikke

☐ Ja, hun fikk diagnostisert brystkreft da hun var år gammel
(Hvis flere, oppgi yngste alder)

Spørsmålet om brystkreft i familien utgjør for noen kvinner et veldig følsomt tema som vekker noen triste og smertefulle minner: ”mors søster hadde fått en skistav i brystet!” (2008:181), ”mamma og 4 av hennes søsken har hatt kreft i forskjellige former” (2008:171), ”Mormor døde av brystkreft da mor ble født i 1929, var 13 år, mormor var nærmere 50 da” (2008:225), ”søskenbarnet mitt like gammel som meg” (2008:194), ”syster til mor ho døde til slutt” (2008:208). En del kvinner finner som relevant på dette spørsmålet å nevne også andre typer kreft som oppsto i familien ved siden av brystkreft. Derfor nevner en kvinne at ”mor døde tidlig av hjerneblødning” (2008:198), eller andre kvinner at: ”2 søster har gjennomgått behandling for sykdom i benet” (2008:215), ”Fekk kreft i magen!” (2008:220), ”mormor hun fikk kreft i leveren” (2008:222), ”i fars slekt har flere hatt prostatakreft, far + 2 brødre og min eldste bror...” (2008:223), ”farmor døde 40 år gammel, truleg kreft i underlivet” (2008:273), ”Tante Olga i Amerika tok operasjon og levde i 30 år etter” (2008:526).

Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 9 "Forandringer/kuler i brystet"

9 Forandringer/kuler i brystet

Har du tatt prøve av godartede forandringer/kuler i brystet?

<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja, i høyre bryst
<input type="checkbox"/> Ja, i begge bryst	<input type="checkbox"/> Ja, i venstre bryst

+

Har du fjernet godartede forandringer/kuler i brystet?

<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja, i høyre bryst
<input type="checkbox"/> Ja, i begge bryst	<input type="checkbox"/> Ja, i venstre bryst

På spørsmål om Forandringer/ kuler i brystet fant jeg veldig få kommentarer og av disse referer noen spesifikt til hva slags type kule det var: vann cyste, godartede cyste, føflekk, fettkuler osv. eller hvorfor kulene oppsto: "slo meg på en bordkant. Prøven var hematom" (2008:257).

Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 10 "Røykevaner"

10 Røykevaner

Sett ett kryss på hver linje

	Røykte ikke	Røykte kun i helger	Røykte daglig, Gjennomsnittlig antall sigaretter per dag				
			<1	1-4	5-9	10-19	20+
10-14 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-39 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-49 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du noen gang røykt minst én gang i uken i seks måneder eller mer?

☐ Nei

☐ Ja, jeg begynte da jeg var år gammel

+

Spørsmålet om røykevaner er et av spørsmålene med flest kommentarer. Det er et spørsmål som fikk mange til å reagere på en eller annen vis. Noen følte behov for å begrunne hvorfor de røykte, ikke røykte eller sluttet å røyke. Å slutte å røyke er oppfattet som en stor oppfyllelse for en person, det innebærer sterk vilje og ambisjon og de kvinnene som har klart det er så stolte av deres suksess at de vil dele deres glede med oss: "sluttet i 2004 HURRA!" (2008:269), "sluttet 2004 ☺" (2008:272), "slutta februar 2008!" (2008:284), "røykte 20- 30 pr. dag i 8 år! Sluttet "pang"! den 19. juni 1979" (2008:230).

Vi får en begrunnelse for at en kvinne begynte å røyke tidlig i livet. Hun har krysset på "Ja, jeg begynte da jeg var 14 år gammel fordi i 1958 var man voksen som konfirmant, da jeg var 18 år

sluttet jeg på dagen, trenger ikke smokke mer” (2008:269). Mens noen av kvinnene skriver hva de har røykt: ”Ja Laks” (2008:278), ”ikke sigaretter men sigarer” (2008:280), ”1 vannpipe hver dag” (2008:268), andre kvinner ”har aldri inhalert, bare ’puffet’” (2008:283), ”smugrøykte 2-3 kanskje om sommeren når anledningen bød seg fra 17 år gammel” (2008:296).

Noen kvinner har noen spesielle minner om dette temaet som de vil dele med oss: ”da jeg var 10-14 år prøvde men spydde ☹” (2008:48), ”røykt 200 sigaretter på 14 dager v/16 år, ellers ikke” (2008:285), ”har smakt på en sigarett en gang, og det var så dårlig at jeg ikke prøvde igjen noen gang” (2008:283). Mange kvinner synes at det er viktig å nevne at de ikke har røykt under svangerskap og amming, noe som gjør oss til å forstå at det finnes et allment kjennskap til at røyking skader fosteret under graviditet. Eksempler: ”Røykte ikke i graviditet og holdt opp i 4 år. Sluttet for 2 ½ år siden” (2008:282), ”Røykte ikke da jeg fikk vite om graviditeten og holdt opp under amming” (2008:286). Det er flere kvinner som er kanskje bekymret at passiv røyking kan være skadelig og derfor skriver de at de har vært utsatt for dette i livet: ”Var passiv røyker, mannen min har røykt” (2008:273), ”utsatt for passiv røyking i 15 år” (2008:277), ”Passiv røykar?” (2008:294), ”aldri smakt en sigarett, men utsatt for passiv røyking” (2008:298).

Og mens en av kvinnene ”har så vidt smakt på ’uvesenet’ ”(2008:275), er en annen kvinne ”ferdig med røyk: JESUS KRISTUS LØSTE MEG FRA DET” (2008:231).

Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 11 ”Mosjon og trening”

11 Mosjon og trening

Sett ett kryss på hver linje

Mosjon: Lette gå- og sykkelturner, arbeid i hagen, snømåking og lignende

	Mosjonerte ikke	Gjennomsnitt per uke			
		0-1 time	2-3 timer	4-5 timer	6+ timer
15-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-39 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-49 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sett ett kryss på hver linje

Trening: Regelmessige aktiviteter med høy intensitet av minst 1/2 times varighet hver gang, f.eks. aerobic, løping, sykling

	Trening ikke	Gjennomsnitt per uke			
		0-1 time	2-3 timer	4-5 timer	6+ timer
15-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-39 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-49 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

På spørsmål om mosjon og trening reagerer en del kvinner fordi de synes at det er vanskelig å svare på dette spørsmålet ettersom tidene er annerledes nå enn før med tanke på treningssentre i dag. Lik holdning har de kvinnene som skriver at: ”tidene var annerledes før, vanskelig å skrive regelmessigheten” (2008:268), ”treninga bestod av gårdsarbeide” (2008:250), ”har jobbet på gården hjemme” (2008:263), ”gårdsarbeid/skogsarbeid: hogst, planting, rydding fra 30 til 49 år” (2008:264), ”Når man har vært lærer i alle år, i barneskolen, har hatt 3 barn som man har fulgt opp med fritidsaktiviteter, etc. + alt husarbeid hjemme” (2008:574), ”jeg har alltid vært aktiv med mye arbeid hvor jeg daglig mosjonerer opptil 12 timer pr. dag” (2008:280), ”noen sykkelturer og vanlig jobb i hagen” (2008:281), ”hadde tungt fysisk arbeid” (2008:272), ”har hatt en jobb som har medført veldig mye gåing /løping i alle år” (2008:279), ”kastet handball fra barneår til 18års alder” (2008:266).

Noen av kvinnene referer også til mosjon ved daglige aktiviteter nå for tiden, til tross for at de skulle referere til mosjon og trening som de har utført i livet før 50 års alderen. Eksempler: ”Nå har jeg ikke bil, så jeg utretter alle ærender til fots” (2008:275), ”Jeg går mye fordi jeg ikke har bil, så gjør jeg mye hagearbeid” (2008:276), ”arbeidet mitt er fysisk tungt – ingen mosjon utover det!” (2008:259), ”er renholder så jeg går 5-6 t per dag” (2008:242), ”har gått til og fra arbeid i 23 år. Har også vasket 4 timer per dag i 23 år” (2008:251), ”Sykla til og fra jobb 7 km. i uken” (2008:260), ”mosjon i jobb, polering og vask” (2008:526), ”fra 48 år: 7 t pr. uke (fått hund)” (2008:247).

For noen av kvinnene er det vanskelig å huske så langt tilbake i tid og finne svar på disse spørsmålene, så de skriver følgende kommentarer: ”husker ikke dette er minst 15 år siden” (2008:269), ”vanskelig å svare på disse spørsmål” (2008:236), ”Vanskelig å svare på. Aktiv om sommeren, lat om vinteren” (2008:248). Eller de spør: ”Hvem kan huske ovenstående?” (2008:246) og ”Husker man slikt da?” (2008:256). Noen av kvinnene synes til og med at det er noen ”Håpløse spørsmål. Hvem har holdt regnskap med slikt gjennom livet?” (2008:252), ”normal aktivitet alle år, litt turn og mosjon ikke fast journal. Når man er født i første halvdel av forrige århundre går man ikke rundt og husker alt ☺” (2008:271).

Det er en del kvinner som har krysset på at de ikke trener eller mosjonerer og de føler et behov for å begrunne hvorfor: ”p.g.a. hjertestans v/ operasjon og senere lekkasje på hjerteklaffer tåler jeg ikke store anstrengelser derfor går jeg tur med 1 – 1½ time per dag” (2008:258), ”Kan ikke trene aktivt. Daglige gjøremål med husstell/ hage, sykling på ergometersykel p.g.a. skade” (2008:262), ”trafikkskadet” (2008:284), ”bilulykke”(2008:233), ”hadde ikke tid” (2008:278),

”lite trening syk mann hjemme” (2008:234). En kvinne fyller ut antall timer hun mosjonerer, og for å forbedre sitt identitetsbilde kommer hun med følgende kommentar: ”betyr ikke at resten er på sofaen!” (2008:241). Og en annen: ”var derimot aktiv! Men ikke som organisert trim!” (2008:270). Mens en kvinne skriver noen eksempler på hva slags mosjon hun gjorde ”har alltid mosjonert meget! Dans, ski, sykling, svømming” (2008:282), spør en annen kvinne: ”Hva med skituren? Hva med fotturen i fjellet? Hva med turen i skog og mark?” (2008:261).

Helseforhold før 50-års alder - Spørsmål 12 ”Alkohol”

12 Alkohol				
Angi gjennomsnittlig alkoholinntak per måned				
	Drakk ikke	Øl (ant. halvliter)	Rødvin/ hvitvin (ant. glass)	Hetvin/ brennevin (ant. glass)
15-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20-29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
30-39 år	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
40-49 år	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Spørsmål om alkoholforbruk Det er kvinner som ikke hadde noen problemer med å svare ærlig, på tross av en del problemer med alkoholforbruket: ”Dette husker jeg jo ikke. Bare gjetting! Jeg var alkoholmisbruker i ca 10 år (30-40 år)” (2008:288), ”Helt umulig å svare på. Lavt alkohol inntak per mnd. Perioder med festing i helger og det er lenge siden. Pluss kort periode med alkohol ”misbruk” ” (2008:370), ”Er alkoholiker. Drikket ca 1 uke pr. mnd” (2008:387), ”Mye. Hadde et problem” (2008:398), ”Var misbruker i mange år. Alkoholiker fram til 54 år. Har siden vært totalavholdende” (2008:458).

Mens noen av kvinnene synes at dette er et ”Dumt spørsmål! Hvordan i all verden kan en huske 15- 9 års alder?” (2008:423), ”Snalla man så frågår måste vara helt inadekvata!” (2008:576), skriver andre kvinner at det er vanskelig å huske forbruket: ”Å huske tilbake 40 år er vanskelig og svarene må bli upresise” (2008:293), ”Hvordan husker en egentlig sånt?” (2008:341), ”Så god husk har jeg ikke” (2008:567), ”Har ikke ført noe statistikk!” (2008:321), ”Det er vanskelig å huske alt dette så langt tilbake, det jeg husker er mye smerter og ubehag. Beklager at jeg ikke kan skrive ned år og måneder, det er for langt tilbake og svært mange sykehusbehandlinger” (2008:373).

En god del kvinner hadde ikke forstått at på dette spørreskjemaet skulle de fylle ut bare alkoholforbruket fra før 50 års alderen og de spør: ”Høyere alder? Hvorfor utelatt?” (2008:289), eller skriver rett og slett selv under siste års periode: ”50-57 år: ingen alkohol” (2008:321), ”Etter 50: 1-2 glass rødvin per uke” (2008:369), ”62 år: 1 glass hver dag” (2008:379), ”Livet stopper ikke når du blir 50! Har de ”tørna”!? hvordan skal jeg 59 år gammel huske hvor mange ½ l øl jeg drakk pr mnd. som tenåring og senere også?! Det eneste jeg vet sikkert er at jeg er ikke og har aldri vært avholdsmenneske. 50-59 år: Er dette ikke interessant?” (2008:81). Siden alt som skjedde etter 50 års alderen skulle dekkes av ”Helseforhold i dag”-skjemaet, blir det ikke stilt spørsmål om perioden over 50 år på dette skjemaet, og ikke fordi livet etter denne alderen er mindre interessant.

Under et intervju uttrykker seg en informant slik vedrørende identitetsbildet man leverer om seg selv: ”Svaret kan gi galt bilde og folk vil ikke levere galt bilde eller noe som ser dårlig ut. Og kvinnene ikke ønsker dette” (Rica, personlig kommentar, 07.2009). Derfor begrunner de kanskje deres alkoholforbruk: ”Anbefalt av lege grunnet jernmangel” (2008:456), ”NB! Ingen konserveringsmiddel. Jeg inngår E stoff” (2008:578).

En god del kvinner skriver spesifikt hvor mye, når de drikker alkohol og hva de foretrekker å drikke. Her er noen eksempler: ”2 glass rødvin til middag lørdag og søndag” (2008:287), ”en flaske hvitvin per år + 2 stk. ½ l gl.”(2008:308), ”Daglig 1 glass rødvin i 20 år!” (2008:313), ”Ikke snakk om kvar mnd. Og stort sett vin” (2008:365), ”konjakk” (2008:309), ”Kan ta en øl eller likør en sjelden gang” (2008:325), ”øl: liker ikke, drikker cognac, små, små glass” (2008:575).

For de kvinnene som ikke pleier å drikke alkohol med en viss regelmessighet er det vanskelig å fylle inn et gjennomsnittlig forbruk og derfor skriver de følgende: ”Har aldri drukket alkohol en gang per mnd. Kanskje et par ganger i året” (2008:299), ”Begrenset til selskapelighet!☺” (2008:316), ”Hvor store glass?” (2008:332). Noen av kvinnene kan ikke komme med et antall i boksene og de skriver bare: ”Nok” (2008:298), ”Vet ikke, for mye!!” (2008:300), ”Alkoholfri”(2008:354), ”Ganske mye” (2008:383). Det er kvinner som drikker: ”Baret vann” (2008:306), ”Drikker vann og kaffe” (2008:550) ”Drikker ikke. Takk” (2008:290).

4.1.2 "Helseforhold i dag"

Helseforhold i dag - Spørsmål 1 "Mammografi"

1 Mammografi

Har du tatt mammografi tidligere? +

☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Hvis "JA":

Hvor tok du mammografi sist? (kun ett kryss)

☐ I det offentlige Mammografiprogrammet

☐ På et privat røntgeninstitut

☐ På et sykehus (ikke det offentlige Mammografiprogrammet)

Når tok du denne undersøkelsen?

☐ For mindre enn 1 år siden

☐ For 1-2 år siden

☐ For mer enn 2 år siden

Det første spørsmålet på dette spørreskjemaet spør om når og hvor man tok siste Mammografien. Her kommer kvinnene med mange tilleggsopplysninger om sted til tross for at svaralternativene ikke refererer til det. For eksempel: "i England" (2008:19), "i Waterloo, Belgia" (2008:14), "i Bulgaria" (2008:11), "2 år siden i Montreal, i Oslo for noen år tilbake" (2008:6), "i Lillehammer" (2008:15), "buss Sortland" (2008:16), "i Sverige – også bodde der" (2008:17), "i Sentrum" (2008:18), "i USA" (2008:23). Andre kvinner angir tidspunktet de har vært til mammografi: "05.01.2005" (2008:10), "2 år og 10 dager siden" (2008:12), "sentrum røntgeninstitut, 1 år og 1 mnd. siden" (2008:5), "i dag" (2008:1).

Helseforhold i dag - Spørsmål 2 "Høyde og vekt"

2 Høyde og vekt

Hvor høy er du i dag? (hele) cm

Hvor mye veier du i dag? (hele) kg

Spørsmålet om høyde og vekt våkner ikke mange reaksjoner blant kvinnene. Det som er viktig å notere her er at det finnes en god del kvinner som ikke forstår hvordan de skal opplyse riktig høyde og vekt "i (hele) cm og kg" som de bes om å skrive. Noen av dem skriver *Høyde*: ">68" (2008:28), eller: "1 m 60" (2008:29). Det finnes eksempler hvor kvinnene skriver istedenfor 170 cm bare de første to sifrene, for eksempel: "17", eller de siste to sifrene: "70". Disse svarene blir helt feil fordi skannemaskinen tar det slik det står, dvs. at kvinnene har 17, respektive 70 cm i høyde. Andre kvinner bruker komma til tross for at de ikke bør gjøre det, for eksempel: "1,62". Det samme gjør de når det gjelder *Vekt*. Noen kvinner skriver 3 sifre uten komma: for eksempel hvis de veier 55,4 kg skriver de: "554" (2008:27), som blir lest av skannemaskinen som 554 kg.

Andre kvinner er mer kreative og skriver bokstaver hvor de skulle fylle ut tall. Eksempel:

Hvor mye veier du i dag? **H Ø K** (hele) kg, eller skriver at "har kastet ut badevekta" (2008:25).

Helseforhold i dag - Spørsmål 3 "Medisinbruk"

3 Medisinbruk

Bruker du regelmessig medisiner, foreskrevet av lege, for noen av følgende sykdommer?

<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Depresjon/angst
<input type="checkbox"/> Leddgikt (reumatisk sykdom)	<input type="checkbox"/> Høyt kolesterol
<input type="checkbox"/> Benskjørhet (osteoporose)	<input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk
<input type="checkbox"/> Diabetes (sukkersyke)	<input type="checkbox"/> Hjertesykdom
<input type="checkbox"/> Sykdom i skjoldbruskkjertelen	<input type="checkbox"/> Astma

Bruker du Albyl-E, Globoid, Aspirin eller Dispril som fast medikasjon?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
-----------------------------	------------------------------

Bruker du Ibox, Brexidol, Voltaren, Ibumetin, Naproxen eller Diclofenac som fast medikasjon?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
-----------------------------	------------------------------

På spørsmålet om **medisinbruk** tilføyer en kvinne at hun: "bruker antidepressive tabletter pga. at jeg har blitt enke" (2008:38).

Andre kvinner skriver hvilke og hvor mange medisiner de tar daglig og andre nevner at det bruker: "bare ved behov" (2008:42), "bare når jeg trenger" (2008:44), eller gjør det slik:

Bruker du **Ibox**, Brexidol, Voltaren, **O** = "ved hodepine, forkjølelse" (2008:45). På spørsmålet: *Bruker du Ibox, (m. fl.) som fast medikasjon?* svarer noen kvinner Ja, men ikke fast men "mobil" (2008:48).

Helseforhold i dag - Spørsmål 4 "Røykevaner"

4 Røykevaner

Røyker du?

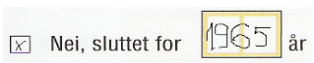
<input type="checkbox"/> Nei, har aldri røykt	
<input type="checkbox"/> Nei, sluttet for	<input type="text"/> år <input type="text"/> måneder siden
<input type="checkbox"/> Ja, jeg røyker om lag	<input type="text"/> sigaretter pr. uke

Spørsmålet om røykevaner er som i det andre spørreskjemaet "Helseforhold før 50-års alder" en av de som vekker flere reaksjoner blant kvinnene. Det de skriver mest i form av kommentar er at de ikke røykte *fast*, men vare ved visse anledninger som på fest, i helgene, på ferie osv.

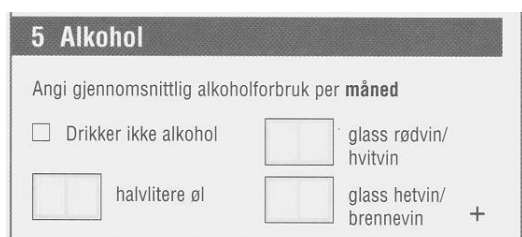
Her er noen eksempler: "nei, kun 'festrøyk' i 10-12 år" (2008:51), "røykte litt av og til for mange år siden. Aldri fast" (2008:52), "sosialrøyker 15 år siden siste røyk" (2008:53), "hva med

de som røyker av og til?” (2008:61), ”har røyket og drukket alkohol en gang og fikk hjerte bank” (2008:64), ”røykte sporadisk da jeg var 21 år – pipe. Aldri siden” (2008:67).

Kvinnene som er i ferd med eller har sluttet å røyke snakker stolte om det. De skriver: ”er i ferd med å slutte nå ☺” (2008:56), ”har sluttet en uke siden” (2008:60), ”prøver å slutte!” (2008:69). At det å slutte å røyke er en viktig oppnåelse for kvinnene, kommer tydelig fram fra det faktum at de husker nøyaktig datoen til tross for at det er så lenge siden: ”26.04.1980” (2008:82), ”februar 1975” (2008:54), ”mai 1995” (2008:97), ”har sluttet for 12 år og 7 måneder siden” (2008:88).

For de som skriver slik: nei, sluttet for 90 år siden” (2008:78), eller”  (2008:92), må vi anta selv at det egentlig dreier seg om *året* de har sluttet å røyke og ikke *hvor mange år siden*. Noen kvinner ” har prøvd” (2008:87), mens andre ”nei, fikk ikke til å røyke”(2008:89).

Helseforhold i dag - Spørsmål 5 ”Alkohol”



Når det gjelder **alkoholspørsmålet**, møter kvinnene samme utfordring som ved røykeforbruksspørsmålet, dvs. regelmessighet. Derfor er det vanskelig å svare med ett av de alternativene som man har på dette spørsmålet. For eksempel: ”et glass til maten av og til” (2008:100), ”så lite øl / rødvin at jeg ikke kan angi mengde” (2008:101), ”gjennomsnitt er umulig å si. Tar meg en fest av og til. Kan gå mange veker mellom hver gang. Driker da helst øl.”(2008:102), ”litt for kos” (2008:103), ”driker bare på julebordet” (2008:109), ”kjøper 1 flaske likør/vin til jul, påske og pinse” (2008:116). Noen av kvinnene skriver hva de foretrekker å drikke: likør, konjakk, hvitvin, rødvin, lettøl osv. En kvinne derimot har vanskeligheter med målenheten og skriver: ”1 øl om dagen. (33), dumt spørsmål, flasker er 33 cl” (2008:117). Mens en av kvinnene drikker ” $\frac{1}{3}$ glass rødvin før jeg legg meg” (2008:132), skriver andre: ”driker ikke nå for tiden slanking” (2008:126) og ”har nytt alkohol tidligere og kommer til å gjøre det igjen” (2008:127).

Helseforhold i dag - Spørsmål 6 "Mosjon og trening"

6 Mosjon og trening

Hvor mye mosjonerer du ukentlig?
Mosjon: Lette gå- og sykkelturner, arbeid i hagen, snømaking og lignende +

☐ Mosjonerer ikke
☐ 0-1 time pr. uke
☐ 2-3 timer pr. uke
☐ 4-5 timer pr. uke
☐ 6+ timer pr. uke

Hvor mye trener du ukentlig?
Trening: Regelmessige aktiviteter med **høy** intensitet av minst 1/2 times varighet hver gang, f.eks. aerobic, løping, sykling

☐ Trener ikke
☐ 0-1 time pr. uke
☐ 2-3 timer pr. uke
☐ 4-5 timer pr. uke
☐ 6+ timer pr. uke

Som reaksjon til spørsmålet om **mosjon og trening** kommer mange kvinner med kommentarer. Her kan man si at det er vanskelig å krysse noen av svaralternativene som finnes. Det er mange aspekter som kan diskuteres, som for eksempel: hva er fysisk aktivitet og hva er mosjon og trening? Caspersen et al. (1985) definerer fysisk aktivitet som "enhver kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i energiforbruk" (Søgaard 2000:1).

På spørreskjemaet angis noen eksempler på type aktiviteter som kan regnes som mosjon eller trening, men i hvilken grad forstår man dette spørsmålet? Og hvordan skal man tilpasse hverdagslige rutiner som vanlige turer og arbeid til de angitte svaralternativene. Det er mange kvinner som sliter med å svare riktig på dette spørsmålet. Derfor tilføyer de ved siden av svaralternativene deres egne kommentarer med hvilken type fysisk aktivitet de utfører i hverdagslivet. Min hypotese er at kvinnene overlater til forskerne å tolke hva og hvor mye de mosjonerer/trener dersom de har det "vanskelig å vurdere kva som er kva" (2008:229). En kvinne skriver egen oppfatning av sin fysiske aktivitet: "jeg går, sykler og oppfører meg normalt uten å kalle det verken mosjon eller trening. Det har jeg gjort hele livet. Villmarksliv er det mindre av nå enn i ungdommen" (2008:223).

De fleste ideene kvinnene skriver på dette spørsmålet er *begrunnelser* om hvorfor de ikke trener eller mosjonerer som for eksempel på grunn av **sykdom**: "jeg trener ikke nå, grunnet operasjon i hendene. Vanligvis trener jeg ca 3 ganger i uken. Jeg har ikke trent på ca 9 mnd." (2008:157), "har artrose, venter på operasjon" (2008:167). Andre trener "noen ganger når jeg har tid"

(2008:140), trener ikke ”for øyeblikket, men skal begynne med svømming så snart som mulig” (2008:141).

For mange kvinner endrer seg intensitet og type fysisk aktivitet etter **årstid**: ”varierer etter årstid. Mye sykkel om sommeren. Treningsprogram nå” (2008:147), ”Turmarsj. 10 km kvar 14 dag, vinter. Mange mil kvar veke, sommer”(2008:175).

Et annet tema de skriver om er hvilken **type fysisk aktivitet** de utfører som for eksempel ”vanngymnastikk” (2008:158), ”yoga” (2008:159), ”sykler lett på jobb, ergometersykel hjemme” (2008:182), ”Ca 17 000 skritt på skritt teller” (2008:151), ”jeg går og rører meg mye, sykler på treningssykel, teller ikke timer forskjellig hver dag og uke” (2008:153), ”trimsykel, fysioterapeut. Apparater og trimsykel” (2008:205).

Det er mange kvinner som fortsatt er **arbeidsaktive** og noen av dem har vanskeligheter for å forstå om den fysiske aktivitet man gjør på jobben inngår i spørsmålet om mosjon og trening. Fordi de er fysisk aktive på jobb føler de kanskje at å krysse på svaralternativene: ”Trener ikke” og ”Mosjonerer ikke”, ikke blir helt riktig svar. Så kommer de med følgende opplysninger: ”Går til arbeid ca 10 min. fram og 10 min tilbake, går inne på arbeid ca 4 timer hver dag. Ellers er jeg alene og må gjøre alt sjøl” (2008:138), ”har en aktiv jobb 100 % stilling på kjøkken (kokk). Med min sykdom orker jeg ikke mer trening i tillegg men går en liten tur 2-3 ganger i uka” (2008:143), ”spring 7 timer på jobb hver dag” (2008:189).

Gårdsarbeidet er oppfattet som fysisk krevende: ”bærer fôrsekker à 25 kg og høyballer à 17-18 kg” (2008:197), ”arbeider i fjøset” (2008:236), ”er bonde og har mye utearbeid” (2008:148), ”jeg jobber ute med å sage og hogge ved fra tidlig vår til sent på høsten, slår selv alt gress, raker og traller stein. Fysisk arbeid 8-10 timer hele sommeråret, har to hunder som jeg lufter, og skal innrede kjelleren i vinter. Gjør alt selv” (2008:155).

Noen av kvinnene nevner hvilken **type jobb** de har uten å nevne at den er fysisk krevende. Dette fordi det forventes at forskeren har en kulturell kunnskap om disse jobbene og at han ”vet” hvor mye arbeidstakere mosjonerer i visse jobber uten at de må nevne det: ”er renholder i full stilling” (2008:165), ”går mye i jobben, hjemmesykepleier, mye trapper” (2008:166), ”jobber som postbud” (2008:172), ”har ellers arbeid da jeg går mye (sykehus)” (2008:185), ”driv butikk, spring heile dagen” (2008:215), ”løfter fruktkasser etc. på Rema” (2008:216).

Et annet kulturelt konstruert bilde i Norge er at folk som **har hund** implisitt går turer hverdag for å lufte dem. Dette kan være en forklaring på kvinnenes kommentar på spørreskjemaene til spørsmålet om mosjon og trening. De krysser ikke på svaralternativene som finnes, men de skriver: ”turer med hunden”(2008:204), ”har hund” (2008:188), ”går tur med hund 1 time pr dag” (2008:174), ”går tur med bikkja” (2008:222), ”tur med hund. Går til og fra byen. Tar aldri lokalbuss. En time hver dag. Tur retur byen 30 min. X 2 ganger per dag” (2008:648), ”går tur med hunden når det ikkje regner” (2008:137).

Omsorgsarbeid mot familien er oppfatet som “nok” fysisk aktivitet i hverdagen: ”my husband is in wheelchair – lots of extra work for me” (2008:156), “Skal begynne! Har hatt mye omsorgsarbeid for en 100 % ufør mor som døde 1.1.2008” (2008:196).

Også det å ikke ha **bil** betyr mer mosjon: ”Nå har jeg ikke mer bil. Den gikk sønder. Så jeg går til fots i korte strekker, når jeg utretter ærender ” (2008:200), trener ikke ”fast men går veldig mye. Kjører ikke bil” (2008:227).

Helseforhold i dag - Spørsmål 7 ”Inngrep i bryst og underliv”

7 Inngrep i bryst og underliv	
Har du gjennomført brystreduksjon?	
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, da jeg var	<input type="text"/> år gammel
Har du operert inn brystprotese?	
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, da jeg var	<input type="text"/> år gammel
Har du fjernet <u>begge</u> eggstokkene?	+
<input type="checkbox"/> Nei	
<input type="checkbox"/> Nei, jeg fjernet én eggstokk	<input type="text"/> år gammel
<input type="checkbox"/> Ja, jeg fjernet <u>begge</u> da jeg var	
<input type="checkbox"/> Vet ikke om én eller begge er fjernet	
Har du fjernet livmoren?	
<input type="checkbox"/> Nei	<input type="text"/> år gammel
<input type="checkbox"/> Ja, da jeg var	
<input type="checkbox"/> Vet ikke	

Helseforhold i dag - Spørsmål 8 ”Menstruasjon”

8 Menstruasjon	
Har du fortsatt menstruasjon?	
Om menstruasjonen er regulert av hormonpreparater, svar ”Ja”	
<input type="checkbox"/> Ja	+
<input type="checkbox"/> Vet ikke, menstruerer uregelmessig	
<input type="checkbox"/> Nei, menstruasjonen stoppet da jeg var	<input type="text"/> år gammel

På spørsmålene om **Inngrep i bryst og underliv** og **Menstruasjon** er det veldig få kommentarer og jeg skal ikke sitere noen her fordi de er så personlige at det kan føre til identifisering av kvinnene som har skrevet dem.

Helseforhold i dag - Spørsmål 9 "Hormonpreparater"

9 Hormonpreparater				
Har du <u>noen gang</u> brukt hormonpreparater med østrogen i forbindelse med overgangsalderen? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja				
Angi alle hormonpreparater du har brukt før, og bruker nå				
Eksempel:	Bruker nå	Brukt tidligere	Alder ved start	Brukt sammenhengende i
Activelle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	48 år gammel	2 år 4 måneder
Livial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51 år gammel	11 måneder
+				
Tabletter:	Bruker nå	Brukt tidligere	Alder ved start	Brukt sammenhengende i
Activelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år gammel	år måneder
Cyclabil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år gammel	år måneder
Indivina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år gammel	år måneder
Klogest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år gammel	år måneder
Livial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år gammel	år måneder
Novofem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år gammel	år måneder
Ovesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år gammel	år måneder
Progynova	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år gammel	år måneder
Trisekvens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år gammel	år måneder
Plaster med østrogen (eks.: Estraderm, Evorel, Estradot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år gammel	år måneder
Plaster med østrogen og progesteron (eks.: Estracomb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år gammel	år måneder
Stikkpiller/krem med østrogen (eks.: Vagifem, Ovesterin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år gammel	år måneder
Husker ikke navnet / annet navn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år gammel	år måneder
Hvor lenge har du brukt hormonpreparater til sammen?			<input type="text"/> år <input type="text"/> måneder	

Spørsmålet om **Hormonpreparater** har en god del kommentarer, men dette spørsmålet har også andre interessante aspekter man kan analysere. Spørsmålet er delt inn i fire deler. Første del er et Ja/Nei spørsmål og på dette spørsmålet er det mange kvinner som ikke svarte selv om de fylte ut resten av dette punktet. Det kan antas her at dette Ja/Nei spørsmålet er kanskje ikke synlig nok for alle.

Den andre delen av spørsmålet er egentlig et eksempel på hvordan man skulle fylle ut tredje del av spørsmålet. Det er et ganske høyt antall kvinner som ikke ser på denne delen som et eksempel og fyller ut ruterne med deres egne årstall. Jeg vil notere at uansett hva kvinnene modifierer her, blir ikke lest av skannemaskinen.

Neste del av spørsmålet oppfattes som vanskeligst å utfylle. Det er en del hormonpreparater kvinnene må fylle ut ved tidligere eller nåværende bruk. Det er mange som synes at det er vanskelig å huske navn på hvilke hormonpreparater de har brukt, og noen av dem sier at de aldri har kunnet disse navnene. Tabellen i denne delen av spørsmålet virker ganske komplisert for noen kvinner. Ikke alle forstår hvordan den skal fylles ut, nemlig i den første kolonnen alderen ved start av bruk av hormonpreparater, i den andre kolonnen hvor mange år en har brukt disse hormonpreparatene og i den tredje og siste antall måneder når ikke brukt et helt år. Så skriver noen kvinner slik: *Alder ved start: 40 år gammel, Brukt sammenhengende i 5 år, 60 måneder.* (man har regnet ut 5 år ganger 12 måneder og fylte ut 60 måneder i siste kolonne).

De fleste kommentarene kommer ved siste delen av dette spørsmålet: ”bruker soya og nattlysolje + omega 3 og det hjelper!” (2008:355), ”tofupill fra Helsekost bruker jeg” (2008:354), ”bruker nå Barbasco pluss” (2008:350).

Helseforhold i dag - Spørsmål 10 ”Mammografiprogrammet”

10 Mammografiprogrammet

Hvordan vurderer du informasjonen om Mammografi-programmet i invitasjonsbrevet og brosjyren?

☐ Veldig god ☐ Mangelfull +
☐ God ☐ Veldig mangelfull

Vil du anbefale andre kvinner å delta i det offentlige Mammografiprogrammet?

☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Spørsmålet om **Mammografiprogrammet** har som formål å få en tilbakemelding på informasjonen om Mammografiprogrammet i invitasjonsbrevet og hvis man ville anbefale andre kvinner å delta i dette programmet. Det er flere svaralternativer på spørsmålet, men det mangler en rubrikk hvor man kunne formidle ting man ønsker å si. Ettersom det ikke finnes et slikt felt, skriver et stort antall kvinner kommentarer ved siden av kryssene de leverer. Jeg skal gi noen eksempler på kommentarer jeg har valgt ut fra hvert enkelt svaralternativ.

Kvinner som har krysset på svaralternativet: **Veldig god** har tilføyd følgende kommentarer: ”ikke flytt Programmet annet sted. Må ikke bli for langt fra brukeren” (2008:387), ”usikker på hva strålene gjør med vevet” (2008:386), ”utvide programmet til 85 år” (2008:390), ”NB! Men savner at du skriver i STOR, hevet, Rød bokstaver at vi IKKE har tegn på brystkreft (dersom det er tilfellet) når du sender ut brevet med resultatet” (2008:391), ”hele Helse Norge burde vert tjent med at dette Programmet hadde vert gratis. Spart mye penger i eventuelle operasjoner og medisiner dersom sjukdom hadde blitt oppdaget tidlig” (2008:392), ”er glad jeg blir innkalt” (2008:410), ”utrolig profesjonell og hyggelig!” (2008:413), ”jeg synes det bør gis svar med en gang, slik det blir gjort når du tar privat, så det bør kunne føres opp på egenandel kart”(2008:425), ”ikke bare til fylte 70 år” (2008:474), ”Har vært siden det startet!! Ønsker at det ikke slutter når en blir 69 år!”, ”mange takk for dette programmet!” (2008:512).

Kvinner som har krysset på svaralternativet: **God** har tilføyd følgende kommentarer: ”veiviser til nytt sted for gående” (2008:384), ”savner tettere oppfølging av risikogrupper” (2008:385), ”dårlig skilting” (2008:393), ”jeg ville gjerne hatt informasjon med resultater fra undersøkelsen. F. eks funn om forekomst av vellykkede og negative medisiner, samt risiko knyttet til

hormonapparater ut fra norske data” (2008:394), ”veldig bra tiltak” (2008:402), ”Forstår at dette skal leses maskinelt, men savner likevel en rubrikk med ”kommentar”, der en kan formidle ting en ønsker å si. Kan være verdifull dersom en ønsker et bedre skjema. Ellers tusen takk for flott tilbud” (2008:414), ”OBS! Ønsker mammografi hvert år” (2008:431), ”burde informere at det kan være veldig vondt, kunne legge ved info om selvundersøkelse. Vanskelig å vite om jeg gjør det rett.” (2008:432), ”skuffende at rullestolbrukere ble utestengt en tid. Signalet blir at man er mindre verd. Ikke så farlig om man dør av brystkreft når man ikke kan gå. – liksom” (2008:438), ”sett opp bussen igjen mye lettere for oss, vi har penger til det” (2008:501), ”blir alltid stresset og føler ubehag når jeg får brev fra dere” (2008:644).

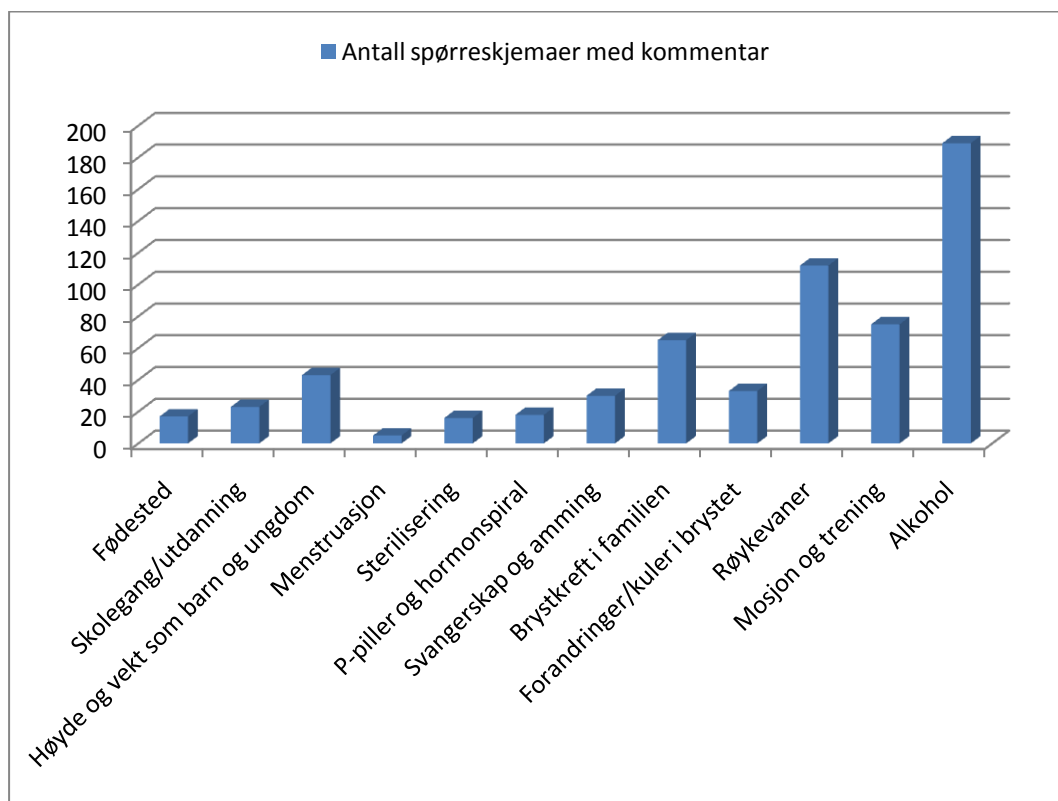
Noen kvinner har krysset på **Mangelfull** og skrev en begrunnelse for deres svar: ”bivirkninger med mammografi?” (2008:396), ”dårlig metode, altfor smertefullt” (2008:398), ”vanskelig å finne stedet, ellers bra. Kart kunne ha fulgt med ☺” (2008:409). Svaralternativene til siste delen av spørsmålet: *Vil du anbefale andre kvinner å delta i det offentlige Mammografiprogrammet?* er følgende: **Ja**, **Nei** og **Vet ikke**. De fleste kvinnene som skrev en kommentar på dette spørsmålet har krysset på **Vet ikke**.

Her er noen eksempler på kommentarer til svaralternativet **Ja**: ”1000-takk” (2008:414), ”men fryktelig vondt” (2008:429), på **Nei**: ”ikke mitt ansvar” (2008:400), ”de gjør det samme” (2008:509), ”hver egens ansvar” (2008:475) og på svaralternativet **Vet ikke**: ”har to bekjente som fikk konstatert kreft etter mammografien dvs. ingen utslag der, det er kjedelig at man ikke kan stole helt på denne metoden. Selv har jeg gått regelmessig” (2008:411), ”mye av årsakene for kreft kan ligge i følelsesmessige årsaker. Kanskje på tide å forske mer i det” (2008:450), ”det jeg lurer på er nemlig om disse helsekronene kunne vært nyttet med større utbytte på noe annet!” (2008:504).

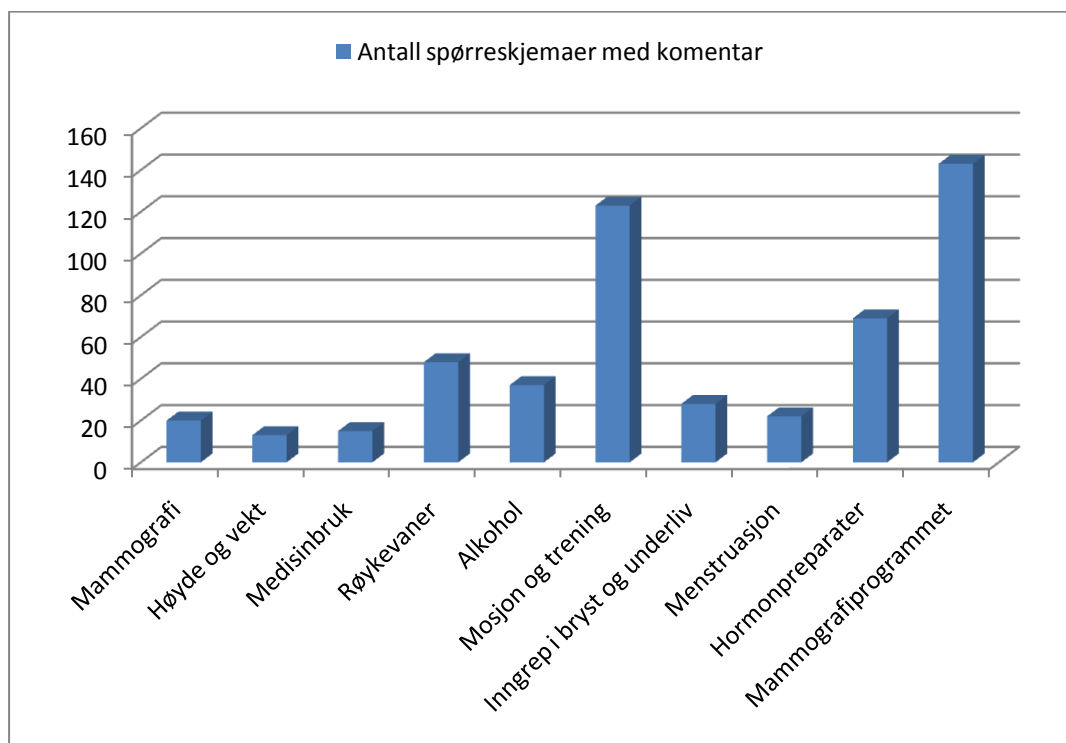
4.2 Analyse av kommentarer fra spørreskjemaene: statistikk og temaer

Følgende tabeller viser antall kommentarer som ble innhentet fra spørreskjemaene fordelt på hvert enkelt spørsmål de ble tilføyd på. I disse tabellene vil jeg vise hvordan antall kommentarer varierer i forhold til spørsmålet som ble stilt. Som jeg allerede har nevnt tidligere i dette kapittelet, utfordret noen av spørsmålene til flere kommentarer, det vil si at flest kvinner hadde tilført kommentarer på samme spørsmål.

Figur 1. Antall spørreskjemaer med kommentarer på Helseforhold før 50-års alder spørreskjemaet



Figur 2. Antall spørreskjemaer med kommentarer på "Helseforhold i dag" spørreskjemaet



I dette underkapittelet skal jeg analysere kommentarene fra begge typer spørreskjemaer fordi flere av spørsmålene referer til samme problematikk, og det er bare tidsperspektivet som er annerledes. For eksempel spørsmålene som referer til medisin-, røyk- og alkoholforbruk, og de som referer til fysisk aktivitet forekommer på begge spørreskjemaene. Forskjellen er at det ene spørreskjemaet henviser til forhold **før** 50-års alder, og det andre til forhold **etter** 50-års alder til dagens dato. Dette tatt i betraktning skal jeg drøfte temaene som kommer fram fra alle spørreskjemaene som ble innsamlet for denne studien. Disse temaene er:

4.2.1 Kvinnenes bekymringer rundt gyldigheten av svarene

Siden spørsmålene refererer til hele livsforløpet, er kvinnenes største bekymring det faktum at de ikke har gitt tilstrekkelig nøyaktige svar på spørsmålene fordi det er ganske vanskelig for dem å huske slike detaljer.

I boken *Som man spør får man svar* referer Tove L. Mordal til tre typer begrensninger som er knyttet til hukommelsesspørsmål. Det gjelder: 1) store variasjoner i evnen til å huske ting/mennesker/hendelser man samhandlet med, i hvilken grad og hva man husker av hendelsene; 2) hukommelsesevnen varierer med alder og erfaringsbakgrunn; 3) spørsmålene i undersøkelser er ikke organisert i den rekkefølgen hendelsene har skjedd og dermed blir det vanskeligere å huske noen av disse (Mordal 2000).

Det er et stort antall kvinner som går inn i denne kategorien som er kanskje den største kategorien i hele studien. Det er ikke overraskende hvis man tenker på utvalget av informanter som er kvinner mellom 50 og 69 år og spørsmålene som ble stilt. De referer til hendelser fra deres fødsel til dagens dato, dvs. en 50 – 60 års periode.

Til tross for at spørsmålene refererer til ens eget liv, til høyde og vekt ved forskjellige alder, sykdom og medisinförbruk, barn og hverdagslige vaner, oppfattes noen av dem som vanskeligere enn andre. Spørsmålene som er lettest å besvare, eller å huske, er de som referer til nåtidens atferd, til høyde, vekt og medisinförbruk i dag.

Noen av informantene opplyser at det er vanskelig å huske så langt tilbake i tid deres høyde og vekt i forskjellige livsperioder. Men de viser seg villige til å svare ved å legge til forskjellige opplysninger: "Vokste mye i høyde da jeg var ca 15 ½ - 16 år" (2008:70), "Har vært høy og tynn

bestandig, var 178 lang før har fått ryggproblemer (...) høyde i dag er 170" (2008:82), "var veldig liten og lett" (2008:61), "Husker ikke noe av dette men var overvektig" (2008:57).

Noen kvinner reagerer når de leser spørsmålene og spør selv: "Hvem kan huske ovenstående?" (2008:246) og "Husker man slikt da?" (2008:256), "Hvordan husker en egentlig sånt?" (2008:341). Andre kvinner synes til og med at det er noen "Håpløse spørsmål. Hvem har holdt regnskap med slikt gjennom livet?" (2008:252), "Når man er født i første halvdel av forrige århundre går man ikke rundt og husker alt ☺" (2008:271).

En annen respondent skriver: "Dumt spørsmål! Hvordan i all verden kan en huske 15- 19 års alder?" (2008:423), "Å huske tilbake 40 år er vanskelig og svarene må bli upresise" (2008:293), "Dette ble for vanskelig" (2008:312), "Umulig å svare på" (2008:358, 428), "Går ikke an å huske sånt!" (2008:388), "Så god husk har jeg ikke" (2008:567).

En kvinne reagerer ganske sterkt på spørsmålet om alkoholforbruk fra 15 års alderen til i dag. Hun skriver at: "Har de "tørna"?! hvordan skal jeg 59 år gammel huske hvor mange ½ l øl jeg drakk pr mnd. som tenåring og senere også?! Det eneste jeg vet sikkert er at jeg er ikke og har aldri vært avholdsmenneske" (2008:81).

Spørsmålene på disse to spørreskjemaene er slik utformet at de gjenkaller hendelser fra fortid til nåtid. Denne fremstillingen hjelper respondentene til en viss grad til å huske hendelser. Loftus (1984) observerte i sin studie en klar tendens til respondentene til å gjenkalle fra fortid mot nåtid. Respondentene (som i dette tilfellet var studenter) ble stilt fritt med hensyn til gjenkallingsretningen (Loftus 1984).

Samtidig argumenterer Mordal (2000) at det finnes delte meninger om man bør starte en undersøkelse med spørsmål om nærmeste tidspunkt/forekomst eller med den fjerneste. Hun mener at "Spørsmålsformen bør følge den retningen som er mest naturlig for de fleste respondentene" (Mordal 2000:154).

Spørsmål som krever god hukommelsesevne har alltid vært og skal være problematiske fra reliabilitetssynspunktet. Hendelser/ begivenheter respondentene husker og forteller på et tidspunkt kan bli fort utelatt eller glemt ved en annen anledning. Det kreves stor innsats fra forskernes side til god utforming av spørsmålene, slik at de hjelper respondentene å huske ting bedre. Mordal (2000) konkluderer slik:

”Det er behov for ytterligere forskningsinnsats for å nå fram til større forståelse av hva som skjer når vi må tenke bakover i tid – ikke minst i hvilken grad vi er i stand til å gi nøyaktige og riktige opplysninger om fortidige hendelser” (Mordal 2000:155).

4.2.2 Forståelsen av spørsmålenes innhold som kulturelt betinget

Den mest kjente definisjonen av kulturbegrepet gitt av den engelske sosialantropologen Edward B. Taylor (1832-1917) i *Primitive Culture* (1871) er: “*that complex whole which includes knowledge, belief, art, morals, law, custom, and any other capabilities and habits acquired by man as a member of society*” (Taylor 2007 [1871]:1).

Alle disse ferdigheter og vaner som mennesker i et samfunn tilegner seg i deres rolle som samfunnsmedlemmer representerer deres kultur i form av felles trosforestillinger, verdibegreper, væremåter osv. Mitt argument i dette underkapittelet er at holdningene kvinnene har til Mammografiprogrammets spørreundersøkelse, og nærmere bestemt måten de forstår og besvarer spørsmålene på, er kulturelt og kontekstuellet betinget. Dette skal jeg forklare nærmere videre.

Spørsmålene som burde besvares på spørreskjemaene referer til aktiviteter, medisiner, sykdom, røyk- og alkoholforbruk som er typiske i Norge, slik at kvinnene kunne lett gjenkjenne dem. Følgende kommentarer bekrefter denne hypotesen: ”jeg har brukt p-pille i 3 år. Dette skjedde i utlandet og produktene hadde andre navn enn nevnt over” (2008:326), ”jeg er født og oppvokst i USA, det var andre medisiner der”(2008:366), ”jeg fikk mine unger i Vietnam” (2008:124), og ”jeg røyker mer når jeg er i mitt hjemland” (2008:381). Andre kvinner føler derimot et behov til å skrive kommentarer fordi de har levd hele deres liv i Norge, og gjennom tiden har mange samfunnsendringer skjedd. Familieliv, bostedsordninger, fysisk aktivitet var annerledes for 30-40 år siden, og noen kvinner synes at det er vanskelig å tilpasse fortidens atferd til dagens tilværelse. Om dette temaet har også informantene mine snakket i intervjuene. Jeg skal analysere det i kapittel 4.3 *Resultater fra intervjuer*.

De fleste kommentarene som kvinnene har skrevet på spørreskjemaene er en eller annen form for begrunnelse til de angitte svaralternativene. Det kan være flere grunner til at kvinnene følte dette behovet: spesielle hendelser, sykdom, frivillig eller ufrivillig inngrep i kroppen, forandringer etter langvarig sykdom, samt kulturelle koder/ rammer som forventer et bestemt handlingsmønster. Respondentene som følte at deres svar gikk på en eller annen måte utenfor disse rammene kom nesten automatisk med en begrunnelse hvorfor det er slik. For eksempel

skriver en kvinne: ”hvis jeg var over middels tung skyldes det kraftige skjellet, og ikke fedme” (2008:648), og en annen: ”Det er af og til når jeg er i Danmark man trenger et glas i hyggelig lag og hos familien. Ikke for å være fuld” (2008:99).

Spørreskjemaene generelt har en økt tendens til å generalisere ting. Derfor er det forståelig at man ikke trenger mye for å finne ut at ingen av svaralternativene passer. Det er viktig med både spørsmål og svaralternativenes utforming. Hellevik og Børretzen (1996) mener at utformingen av spørsmål og svaralternativer må være formulert på en veldig enkel måte slik at alle skal kunne forstå innholdet, og at det blir minst mulig¹⁹ rom for misforståelser. Samtidig som formuleringen må være entydig skal den ikke være ledende, slik at respondentene ikke blir påvirket i en eller annen retning (Hellevik and Børretzen 1996).

Begrunnelser til svar på spørsmål om mosjon og trening

Norge er et land hvor personlig mosjon og trening står sentralt i folkets liv. Det er allment kjent og akseptert at å mosjonere er bra for mennesket, både fysisk og psykisk, at mosjon gir helse og velbehag, og samtidig eventyr og sosial omgang. I samlingen *Norske Folkeeventyr* utgitt av de to store norske eventyrsamlere, Asbjørnsen og Moe, kommer Asbjørnsen med følgende uttalelse i *Kvernsagn* (1843):

”Når verden går meg imot, og det unnlater den sjelden å gjøre når det gis noen leilighet til det, har jeg stadig funnet meg vel ved å ta en friluftsvandring som demper for min smule bekymring og uro”²⁰.

Det som uttalte Asbjørnsen den gangen, at friluftsvandring er i stand til å ta vekk ens bekymringer og uro, har ikke forandret seg med tiden. Folk har gjort det, og fortsetter å gjøre det i dag for deres glede, helse og velbehag. Å gå turer i skog og mark, er for noen en daglig avslappende aktivitet, både om sommeren og om vinteren. Man går turer for å nyte frilufta, glemme bort hverdagens stress, for velvære og ikke minst mosjon. Ved hjelp av regelmessig mosjon er det enklere for mennesker å forhindre sykdomsfremkomst. Noen mosjonerer ved å utføre daglige gjøremål og aktiviteter, mens andre gjør det regelmessig og organisert, hjemme eller i treningssentre.

Det er en ting som har forandret seg mye gjennom tiden når det gjelder mosjon og trening. Mine informanter (både kvinnene som leverte spørreskjemaene med tilleggsopplysninger og kvinnene

¹⁹ Ideelt er det med ingen mulighet for misforståelse (Hellevik and Børretzen 1996).

²⁰ <http://runeberg.org/folkeeven/001.html> Lest den 17.02.2010.

som var med på intervju) er i dag mellom 50 og 60 års alderen. De husker tilbake i tid, når ting var annerledes og treningssentrene eksisterte rett og slett ikke. Den eneste organiserte mosjonen de utførte var som barn på skolen. Senere besto mosjonen av hus- og gårdsarbeid og noen andre daglige aktiviteter som sykling, svømming om sommeren og uteleker. I løpet av et intervju tok en av mine informanter opp samme temaet: ”Jeg vet ikke hvor går grensen mellom mosjon og trening. (...) Og så fenomenet trening var ikke noe sentralt begrep når kvinner som meg var unge, ikke sant? Det var idrettsfolk som drev med trening. Vi andre bare beveget oss: vi syklet, vi gikk til skolen, vi jobba... så treningsbegrepet er relativt nytt” (Hilde, personlig kommunikasjon, 07.2009). En annen informant uttrykker seg slik under et intervju:

”Jeg måtte bruke litt tid for å huske ting, hvordan livet var den gang, for 30 år siden, og jeg er fra Nord-Norge og på landsbygda det var ikke noe sånt treningsenter, det er helt annen ting hvis du har bodd i en by eller på landsbygda... det var annen tid, det med å trene i en liten by, man tenkte ikke på det fordi man var jo ute i aktiviteter hele dagen og så tenkte man ikke over det. Bare det som var på skole, og når skolen var over så trente man ikke lenger til neste år. Og så var det med det sosiale livet som man må nyte hele tida. Og det å være i bevegelse det er egentlig en del trening i det ... må jeg tenke men det er ikke at det å gå på treningsstudio... det er ikke det er litt forskjellig” (Frida, personlig kommunikasjon, 07.2009).

Begrunnelser til svar på spørsmål om røyk- og alkoholforbruk

I boken *Hverdagsfilosofier* (1996) skriver Marianne Gullestad: ”Derfor ser jeg det spesielt viktig å gripe fatt i og tydeliggjøre hvordan selvet og identitetene skapes sosialt – ved hjelp av oppsamlet kroppslig erfaring i sosiale roller, ved hjelp av bekreftelse eller mangel på bekreftelse fra andre mennesker, og ved hjelp av kulturelle verdibegreper som organiserer forståelsen som er et bra menneske” (Gullestad 1996:26). Og hun fortsetter senere: ”I noen livshistorier, skrevet både av kvinner og menn, er det spesielt tydelig at **forfatteren søker å etablere et positiv selvbilde** ved å rekonstruere sine livserfaringer” (Gullestad 1996:35) (min utheving).

Samme konklusjon har jeg også kommet frem til basert på kommentarer til spørsmålene om røykevaner og alkoholforbruk. Kvinnene prøver å forklare eller ”unnskyldte” deres vaner fordi det kan danne et dårlig eller et negativt identitetsbilde i de norske kulturelle koder. I likhet med det første temaet hvor kvinnene begrunner deres fysiske aktivitet, føler de et behov for å begrunne svarene angående deres røyk- og alkoholforbruk.

En kvinne sier at grunnen til at hun begynte å røyke har vært sorg: ”ja, jeg begynte da jeg mistet min eneste datter” (2008:287), for en annen stress: ”ja jeg har begynt da jeg var 30 år gammel

p.g.a. intense studier” (2008:274), og en annen kvinne begynte å røyke for popularitet: ”var lærervikar og følte meg ’ung’, røyk + kaffe = eldre!” (2008:297).

Vi får også en begrunnelse for at en kvinne begynte å røyke tidlig i livet. Hun har krysset på «Ja, jeg begynte da jeg var 14 år gammel» fordi ”i 1958 var man voksen som konfirmant, da jeg var 18 år sluttet jeg på dagen, trenger ikke smokke mer” (2008:269).

På slutten av ett av spørreskjemaene blir kvinnene oppfordret til å vurdere informasjonene de fikk om Mammografiprogrammet i invitasjonsbrevet og samtidig hvis de ville anbefale andre kvinner til å delta i programmet. Kvinnene oppfatter dette spørsmålet som en veldig viktig tilbakemelding de skulle gi til programmet. Det er ingen kommentarfelt hvor de skulle skrive fritt og dette oppfattes av kvinnene som et minus i spørreskjemaene. Det er et stort antall kvinner som har noe ”spesielt” å si om programmet eller deres erfaring med dette programmet som ikke kan oppnås bare ved å krysse et av de angitte alternativene.

Det er tre aspekter som de tar opp i tilbakemeldinger: *positiv respons*, *negativ respons*, og *ønsker og forslag til Mammografiprogrammet*.

Positiv respons til Mammografiprogrammet

Det er ganske mange kvinner som skriver positive tilbakemeldinger på spørreskjemaene. Samtidig skal jeg også vurdere hypotesen at når man er fornøyd med noe, er man ikke så motivert til å begrunne hvorfor, som man er når responsen er negativ. Her er noen eksempler: ”veldig bra tiltak” (2008:402), ”Er glad jeg blir innkalt” (2008:410), ”utrolig profesjonell og hyggelig!” (2008:413), ”Ja, 1000-takk” (2008:414), ”mange takk for dette programmet!” (2008:512), ”ble møtt på en god og profesjonell måte” (2008:507), ”bedre å sjekke enn ikke gjøre noe” (2008:654), ”perfekt” (2008:497), ”veldig positiv å bli innkalt, meget glad for det, da jeg er i risikogruppe” (2008:649).

Når kvinner gir en positiv tilbakemelding, referer de til flere aspekter. Noen av dem argumenterer at de er fornøyde med måten de ble informert og invitert til screeningen på. Mens noen kvinner innrømmer at uten denne invitasjonen hadde de aldri tenkt å ta en mammografi, finner andre rett og slett lettvtint å gjennomføre mammografiundersøkelsen når alt blir på forhånd²¹ ordnet av andre. Men de fleste som viser seg fornøyde, forstår hvor viktig det er å ta en mammografi, og at det er et sykdomsforebyggende tiltak som den norske velferdsstaten tilbyr

²¹ Jeg referer her til invitasjonsbrevet kvinnene får tilsendt hjem, som inneholder både møtested og tidspunkt til å ta mammografien.

ved hjelp av det offentlige apparatet, som imøtekommer enkeltindividets personlige interesse. Mæland (2005) argumenterer i *Forebygging – vakker tanke eller fornuftig handel?* at det gjøres altfor lite for forebygging versus behandling av sykdom. Han argumenterer at det finnes tre typer sykdomsforebyggende arbeid, like viktige, som helsevesenet skulle prioritere. En *primær sykdomsforebygging* som skal forhindre, eventuelt utsette, at sykdom oppstår, en *sekundær sykdomsforebygging* som skulle hindre at en sykdom utvikler seg videre, eller komme tilbake, og en *tertiær sykdomsforebygging* som har som målsetting å minske følgene av en sykdom for funksjon og livskvalitet (Mæland 2005).

Negativ respons til Mammografiprogrammet

Som jeg allerede har nevnt, på dette spørsmålet følte de fleste kvinnene et behov for et ”tomt felt” hvor de skulle skrive deres egne tanker rundt programmet. Det er et stort antall kvinner som har opplevd spesielle hendelser eller ”hørt” fra forskjellige kilder positive eller negative ting rundt Mammografiprogrammet.

De vil gjerne komme med informasjon, bekymringer eller ønsker på spørreskjemaene. For eksempel, en kvinne skriver at hun: ”opplevde å få, det jeg mener er unødvendig hardhendt og lite hyggelig behandling sist!” (2008:395), eller en annen: ”har to bekjente som fikk konstatert kreft etter mammografien, dvs. ingen utslag der, det er kjedelig at man ikke helt kan stole på denne metoden. Selv har jeg gått regelmessig” (2008:411). Vi ser at denne kvinnen fortsetter å delta i programmet og stole på det til tross for at hun ”fikk høre” at noen andre hadde en negativ opplevelse. Dette betyr veldig mye for programmet, å stole på det er en av de viktigste forutsetningene for dets funksjon og eksistens.

Ønsker og forslag til Mammografiprogrammet

Spørsmålet om videre anbefaling av programmet brukes av en del kvinner som en god anledning til å gi uttrykk for sine forslag og spesielle ønsker. Noen av disse ønskene henviser til informasjonen som står i brosjyren. Noen kvinner mener at disse ikke er nok omfattende, spesielt når det gjelder selvundersøkelsen av bryst. De skriver dette som tilleggskommentar på spørreskjemaet fordi de oppfatter det som veldig viktig. Andre kvinner derimot referer til det praktiske ved programmet, som for eksempel betalingsmetoder eller hvor vanskelig det var å finne frem screeningenheten de skulle til. Det er mange kvinner som foreslår at invitasjonsbrevet skulle ble fulgt av et kart av området. Mens noen kvinner ”ønsker mammografi hvert år” (2008:390), vil andre ”utvide programmet til 85 år” (2008:431), eller: ”har vært med siden det

startet! Ønsker at det ikke slutter når en er 69 år!” (2008:653). Det finnes en god del kvinner som er interessert i resultatene som kommer opp fra forskning ut fra dataene de leverer. En kvinne uttrykker sitt ønske slik: ”jeg ville gjerne hatt informasjon med resultater fra undersøkelsen. F. eks funn om forekomst av brystkreft, samt risiko knyttet til hormonapparater ut fra norske data” (2008:394). En annen kvinne spør på følgende måte: ”Brukes til hva? Forskning? Kvalitetssikring? Tvetydig informasjon” (2008:619).

4.2.3 Noen kvinner nekter å svare

Ikke alle kvinnene er like åpne og villige til å fortelle om deres private liv og vaner. Det er ganske få som skrev om dette i kommentarform på spørreskjemaet. Men det er viktig å understrekke her at disse spørreskjemaene er frivillige og uavhengige av mammografiundersøkelsen. Det vil si at kvinnene blir informert rett fra begynnelsen at det er frivillig å levere spørreskjemaene, og at man kan møte til mammografiundersøkelsen uten å levere dem. Derfor må vi ta i betraktning at en grunn til at det finnes veldig få som skrev som kommentar at de nekter å svare på, er at de rett og slett ikke leverte spørreskjemaene.

Her er noen eksempler: ”har fylt ut de dataene jeg mener dere har krav på å få svar på!” (2008:620), ”gidder ikke å svare på” (2008:41), ”om mine røyke/drikkevaner svarer jeg ikke på. Det er en privat sak” (2008:607).

4.2.4 Andre kvinner endrer meningen på spørsmålenes innhold

Her kan man diskutere flere undertemaer eller hvordan kvinnene forandrer spørreskjemaets innhold til spørsmål og svar. Det er en ting som kan hevdes med ganske stor sikkerhet her: at kvinnene som inngår i denne kategorien, ikke vet eller ikke har forstått at disse spørreskjemaene skal leses maskinelt. For en bedre forståelse av mine påstander skal jeg komme med noen eksempler. Noen kvinner bruker andre målenheter enn de som er angitt på spørreskjemaene. For eksempel: fødselsvekt er det bedt om å angis i gram, men noen kvinner skriver tilsvarende tall enten i kilogram eller i mark (gammeldags målenhet) og deretter stryker de over ”gram” og skriver målenheten de ønsker. Jeg vil understrekke her at svaret blir helt feil fordi datamaskinen leser bare det som står inn i ruterne og ikke resten av setningen som står utenfor. Et annet eksempel er på spørsmål om røykevaner: ”Røyker du?” og svaret kommer slik:

☒ Nei, sluttet for 1965 år. Basert på logikk antar vi at denne kvinnen sluttet å røyke i året 1965.

Datamaskinen har dessverre ikke muligheten til å tolke svaret, og den tar det som det er, dvs. at

kvinnen sluttet å røyke for 1965 år siden, som er selvfølgelig helt umulig. Svaret blir derfor feil og må slettes. Noen kvinner stryker over ”Nei” svaralternativet og skriver ”Ja”. Dette er også feil.

4.2.5 Det å gå litt utover spørsmålene

Det som fascinerte og motiverte meg til å gjennomføre denne studien var hvordan kvinner åpner seg til noen de ikke kjenner, og forteller ting som fanger opp lesernes oppmerksomhet.

En kvinne forteller: ”Da jeg var i den alderen, [15-19 år; 20-29 år], var sykling og gåing den eneste fremkomstmiddel og tungt kroppsarbeid. Synes det er mange, vanskelige spørsmål. Det er ikke alt en husker heller, hvor høy, tung en var i tenårene. Når en mistet mensene. Hvor lenge en brukte div. medisiner osv. Og treningssenter var ikke der jeg bodde. Ikke hadde vi bruk for det heller. Vi hadde daglig tungt kroppsarbeid og fikk bra trening av det. 3 km til butikk som jeg syklet til 2- 3 ganger i uken og handlet mat til 7 pers. ” (2008:568).

Temaet som kvinnene skriver mest om er familien. De forteller om deres barn og ektefeller, og disse fortellingene bærer alltid med seg noen følelser: glede, sorg, nostalgi osv.

På spørsmålet om forbruk av hormonpreparater svarer en kvinne slik ”[jeg brukte] for utrolig mange år siden da jeg var gift og levde i et vanskelig ekteskap” (2008:518), og en annen forteller: ”gikk opp ca 15 kg på 2 måneder ved bruk av hormontabletter. Har ikke gått ned selv om det er 1 år siden jeg sluttet. Helt forferdelig. Ødelagt liv!!!” (2008:655). En annen kvinne forteller også om hennes familie når hun blir spurt om røyke- og alkoholforbruk: ” [jeg] prøvde men spydde ☹/ etter 50 år var virkelig full 2 ganger. Prøvde ut. Resten av min familie gjorde det i bøtter og spann. Far, mor, bror” (2008:42).

Innenfor dette temaet kan man også inkludere alle de kvinnene som på grunn av at de ikke hadde egen kommentarplass på spørreskjemaene, har de lagt ved eget ark hvor de hadde skrevet fritt det de ønsket. Jeg har samlet dem og laget en skrapbok av disse. Noen av kvinnene skrev lite, bare noen setninger, mens andre skrev en eller to sider. For eksempel skrev en kvinne to sider med tilleggsopplysninger, hvorav den første siden inneholder informasjon om forskjellig medisinforbruk, og den andre siden informasjon om kosthold. Her er et utdrag: ”blåbær tabletter 1-2 pr dag, kanskje multivitamin? Kosthold mest mulig husmannkost. Grovt brød, (kneip), grønnsaker og frukt kokt 125 g per dag, dvs., potet pga. beinbygning 6 s pr dag (S cm mann).

Middag: 1potet (100-300)g fisk, middagskjøtt (100-200)g. Er ikke glad i grønnsaker lenger. Gras. Kjøtt salt og bitre urter dvs. grønnsaker kålrot eller gulrot” (Skrapbok 2008 side 5).

En kvinne viser stor villighet til å være med på spørreundersøkelsen til tross for at hun ikke kan språket. ”I am very sorry but I cannot read or speak in Norge. I have tried to fill in the question forms as best as possible using a dictionary... but many words were not in my dictionary. If you want to ask me any questions I have missed on the forms, please phone me any time at all. Thank you. I am going to take lessons soon” (Skrapbok 2008 side 2). Mens en kvinne skrev at hun drakk alkohol ”Kun når min sjømann var hjemme, 2 mnd. i året. Ellers intet” (2008:570), skrev en annen at ”min mann og jeg koser oss med en flaske vin hver fredag og lørdagskveld!” (2008:650). En kvinne forteller at hun har født 3 barn men de ”døde i krig” (2008:142), og en annen at hun ”var på ferie og gikk tur med hunden. Når og falt plutselig!” (2008:653).

Noen kvinner følte et behov til å gi spørreskjemaet et personlig preg. Et eksempel her kan være et spørreskjema pyntet med mange fargede og morsomme klistremerker med blomster og sommerfugler (2008:560). Foran et slikt eksemplar kan man bare oppfatte personen som laget det som en glad person som vil spre glede til andre også.

I motsetning til spørreskjemaet med morsomme klistremerker, fikk jeg også et eksemplar hvor det var rablet over hvert eneste spørsmål og over hver eneste svarmulighet (2008:561). Var den personen misfornøyd med spørsmålene og med spørreskjemaet? Med Mammografiprogrammet? Var det sinne? Eller...?

4.3 Resultater fra intervjuer

Formålet med intervjuene var å bekrefte eller avkrefte noen hypoteser jeg hadde før jeg startet dette prosjektet.²² En hypotese var at noen kvinner lett kan åpne seg foran en annen person, og elsker å fortelle til de andre om deres private liv, om følelser, hendelser, personlige opplevelser osv. De fleste intervjuene ble gjennomført i informantenes eget hjem. Jeg ønsket at de hadde det så komfortabelt som mulig, og derfor kunne de velge intervjuestedet selv.

En av informantene mine, som jeg skal kalle Anne, ville treffe meg på et offentlig sted, dermed avtalte vi å treffes på en kafé i nærheten av der hun bodde. Etter at vi hadde presentert oss, satte vi oss ned ved et lite bord ved vinduet. Det var lite folk på kafeen den dagen, og det var en

²² Jeg skriver om dette i *kapittel 1, side 5* (Der kan man for eksempel lese at kvinnene skriver kommentarer fordi de ikke forstår hva utsagnet ”Skjemaet leses maskinelt” innebærer, at spørreskjemaene har et kjønnsmessig preg, og at kvinnene ønsker å bidra med mest mulig informasjon til kreftforskningen, m.m.).

ganske avslappende atmosfære. Mens jeg presenterte min oppgave, så hun på meg med stor oppmerksomhet. Allerede da følte jeg at hun skulle bli veldig engasjert i samtalen.

Måten Anne svarte på er ganske representativ for svarene jeg har fått fra de andre informantene. De fleste kvinnene jeg har intervjuet kom med de samme lange og detaljerte svarene som de gir skriftlig når de fyller ut skjemaene. Dette skjedde til tross for at både spørsmålene mine og spørsmålene som finnes i spørreskjemaene, var korte og direkte. Jeg stilte Anne blant annet følgende spørsmål: Hva synes du om tilleggskommentarene på spørreskjemaene? Hvorfor tror du at man tilføyer dem? Forstår man lett hva utsagnet ”Skjemaet leses maskinelt” betyr? Hvem tror du kvinnene skriver til når de kommer med tileggsopplysninger? Føler man seg forpliktet til å svare på spørreskjemaet fordi det vil hjelpe kreftforskningen? Samtidig som jeg fikk svar på disse spørsmålene, fikk jeg også høre om mange andre personlige opplevelser.

Jeg fikk kjenne noen fantastiske personer som åpnet seg og delte med meg, en fremmed, noen av sine gode og onde minner.

Intervjuet med Anne er et tydelig eksempel på hvordan kvinner i en viss alder er mer åpne og ønsker å fortelle om sine livserfaringer videre. Hun beskrev med nostalgi ungdomsårene, hvordan andre oppførte seg ”før i tida” og hvordan de oppfører seg i dag. Hun snakket om ungdommenes atferd, at før var de flinke til å gi fra seg plassen sin på bussen, men at nå er ungdom flinke til andre ting. Hun fortalte blant annet om ansvarsfordeling hjemme mellom mann og kvinne:

”Hjemmehusmødrene (...) ga oss en god oppdragelse, det var en selvfølge at når vi skulle bli store, skulle vi reise oss på bussen og gi den plassen, det var en selvfølge det. Men det gidder de [ungdommer] ikke nødvendigvis nå. Snarere tvert imot... ” Og: ”hvis man gifter seg i dag, kan man finne en mann som hjelper til, både med middag og barn. Første gang jeg fikk barn, var min mann flau ved å trylle barnevognen, men det var for førti år siden... og nå... beundrer jeg unge menn som kommer med barnevogn på kafeer, og at de lager middagen hjemme, som mannen min også begynte med, i de siste årene” (Anne, personlig kommunikasjon, 06.2009).

Da hun ble oppfordret til å svare på spørsmål om hvorfor kvinner skriver tileggsopplysninger ved siden av svarene som kreves av dem, svarte hun: ”Disse tileggsopplysninger har ingen hensikt. Det er impulshandling. Fordi på de fleste steder trenger man tileggsopplysninger. Egentlig burde jeg ha visst at maskinelt fanger ikke opp det fordi...”(ibid.). Forklaringen som hun kommer med her, er en god og detaljert beskrivelse av hennes arbeidsliv. Vi får et innblikk i opphavet av den dataverden vi lever i, i dag, og innvirkningen den hadde på den tiden på mennesker og kvinner spesielt:

”Jeg har jobbet 25 år i bank, eller 30 år i finansverden. Nå er jeg 67 år gammel og har blitt offentlig pensjonist. Jeg tilhørte sikkert til de første i dette landet som ble lært opp på data for snart 40 år siden. Så var i de dagene en slik datamaskin som vi måtte hamre på, vi måtte bruke makt på tastaturer. De var ikke så avanserte og utviklet som de er nå, og derfor etter mange år, fikk jeg armene mine ødelagt. Og det var mange andre som fikk leddproblemer på grunn av at de brukte makten på datamaskiner, kassaapparater, skrivemaskiner osv. Man kan ikke sammenlikne den dataverden en gang var, med den i dag. Den utvikler seg så mye i den siste tiden, det kommer stadig flere ting, men etter at jeg sluttet å jobbe, det interesserte meg ikke lenger i å lære dem” (Anne, personlig kommunikasjon, 06.2009).

Etter at vi fikk en innblikk i dataverdenens opphav, fortsatte Anne med å beskrive hvordan dagens teknologisk bilde ser ut i dag. Hun nevner barn i dag som er født med fjernsyn og datamaskin, og de vokser opp under dette teknologiske preg, og de følger utviklingen i deres oppvekst. Det som bekymrer henne er misbruket av alle denne teknologiske utviklingen. At barn vokser opp med ”dataspråk” og kan ikke uttrykke seg på en fin og riktig måte som de gjorde for noen tiår siden. Hun avslutter dette temaet ved å referere til balanse-tankegang: ”Når man er ung, da må man følge litt med denne utviklingen, ikke sant? Det må være en balanse mellom alt. Mellom for mye og for lite” (Anne, personlig kommunikasjon, 06.2009).

Ikke bare Anne, men også andre informanter snakket om teknologiutvikling og dataverdenen vi i dag lever i. Johanne, som har jobbet hele sitt liv i en offentlig etat i Norge, mener at teknologiutviklingen gir enkeltemennesket muligheter som man ikke noen gang hadde tenkt seg at det kunne være mulig. Hun nevner bare få av dem som GPS- systemet man bruker i bilen som interaktivt kart, Internett med alle sine uendelige muligheter osv. Men hennes poeng er at man må være bevisst hele tiden, at bak computeren står egentlig en menneskehjerne som programmerer den til å utføre ulike oppdrag. Samtidig som man programmerer den til å utføre noen ”gode” ting, kan man misbruke den og bruke dens makt til å ødelegge! For å argumentere dette fortalte hun en hendelse som skjedde ikke lenge før vår samtale.

”Teknologi er noe... ja da... Det er interessant med utviklingen av teknologi nå, med mulighetene du har, helt utrolig, helt fantastisk! Alt er lukkede systemer, med datacomputer i bilen, i dag må bilmekanikere være data ”freak”-ere, også for å kunne reparere biler, med det er spennende! (...) når datasystemene ”crasher” derimot, da er det skremmende! Vi [i vår bransje] bruker et felles datasystem for hele landet, og når den var ned, da kunne vi ikke gjøre noe som helst. Dette skjedde for noen måneder siden, som et angrep, vi hadde et virus, oh du verden! Det var grusomt!” (Johanne, personlig kommunikasjon, 2009).

Etter at jeg har diskutert om teknologiutviklingstema, vender jeg tilbake til intervjuet med Anne og temaene hun gikk gjennom i løpet av intervjuet. Etter at hun beskrev dagens dataverden, fortsatte hun med å snakke om sin familie og sitt eneste barn, en sønn. Ansiktet hennes lyste opp, og for første gang så jeg et smil. Hun fortalte at han hadde studert fire år i California, og at de

hadde hatt det vanskelig å støtte ham økonomisk. Men de tidene var over, og nå var det sønnen som gjengjaldt deres anstrengelser. Han hadde kjøpt seg en ferieileilighet i Portugal, der foreldrene kunne reise flere ganger i året uten å måtte bo på hotell.

Tanken om Portugal førte til at hun begynte å fortelle om tidligere feriereiser til Spania. Hun fortalte om menneskene der, om språket, været og maten. Hun beskrev i detalj hvordan det var på restauranter i Spania. Hun husket særlig en episode der en stor familie (med representanter fra flere generasjoner) måtte sette flere bord sammen for å kunne få plass til å spise samlet. På dette tidspunktet så hun ikke lenger på meg. Hun tittet ut av vinduet, men så ikke på de forbigående menneskene. Hennes blikk var nostalgisk, og jeg kunne godt forstå at hun gjenopplevde de gode stundene hun nettopp hadde beskrevet.

Hun sammenliknet disse spanske familiesammenkomstene med hennes barneår, da hun også var et av de mange medlemmene i familien. På den tiden bodde hun i et stort hus med atten rom, og stor gårdsplass og mange dyr. Moren hennes var hjemmeværende og jobbet kun på gården, hadde ingen annen jobb ved siden av, men det var nok å gjøre der fra morgen til kveld. De var femten stykker rundt middagsbordet hver dag i årevis, fire generasjoner, barn, foreldre, besteforeldre, oldeforeldre. Og å snakke om dette, gjorde henne enda mer nostalgisk.

Så fortsatte hun med å snakke om voksenlivet sitt, om hvordan hun giftet seg og fikk barn selv. Hun fortalte at kvinnene begynte å få utdanning da, og med god utdanning begynte de å stille høyere krav i arbeidslivet. Kvinner var ikke lenger hjemmeværende, og barnehager ble et behov i samfunnet. Mødrene måtte velge mellom å skaffe seg en karriere og å sende barna i barnehager, eller bli hjemmeværende og oppdra barna selv. Denne perioden, der kvinnene kunne oppdra barna sine selv ved å være husmødre, kalte Anne for ”en fantastisk periode”. Hun sier også at på grunn av samfunnsutviklingen i dag, er å være hjemme med barna ikke lenger et fornuftig valg for mødrene. Hun kunne også se fordelene ved å sende barna i barnehage (språk- og kreativitetsutvikling, samt fellesskapsfølelse).

Hun ser imidlertid på denne utviklingen som en stresskapende faktor. Hun sier blant annet at: ”når de [barna] leveres kl.8 om morgenen, og kommer hjem med foreldrene, alle er like slitne, ungene hyller, de voksne er stressa, så det er ikke enkelt. Får håpe det går bra likevel, men jeg er litt redd, jeg tror for eksempel at stress over lang ting kan føre til kreft” (Anne, personlig kommunikasjon, 06.2009).

Vi ser dermed at Anne går tilbake til kreftforskningstemaet kun etter å ha snakket lenge om livet sitt. Videre i intervjuet fortalte hun om sin kreftsyke søster uten å ha fått spørsmål om det. Hun hevdet å ha lært mye om kreft og ”hvor skummel den kan være” (Anne, personlig kommunikasjon, 06.2009) i alle de årene søsteren hennes var syk og innlagt på sykehus.

Dette er hovedgrunnen til at hun følte at hun måtte fylle ut spørreskjemaet så godt hun kunne, for spørreundersøkelsen ”er ikke bare for moro skyld, at man tar det seriøst, i hvert fall kreftforskeren. Jeg støtter opp [kreftforskningen] så godt jeg kan. Fordi det er en viktig sak.” (ibid.) Med disse påstandene bekrefter hun også en annen hypotese jeg hadde før jeg startet studien, nærmere bestemt at kvinner i Norge oppfatter kreftforskningen som et viktig arbeid, og derfor vil de bidra med mest mulig informasjon.

4.3.1 Hvilken rolle spiller kjønn og alder når man skriver tilleggsopplysninger?

Disse spørreskjemaene er spesielt rettet mot kvinner, og spørsmålene refererer stort sett til kvinnenes fysiske kropp. Spørsmål som refererer til inngrep i kvinnelige kjønnsorganer, til mens og antall fødsler, er spørsmål som gjør at kvinnenes kroppsfølelse bevisstgjøres.

I *Hverdagsfilosofier* (1996) argumenterer Gullestad nettopp denne selvforestillingen av kjønn blant kvinner og menn. Generelt sett er kvinnene mer bevisste over eget kjønn enn menn er det fordi de opplever flere problemer ved det å være kvinne enn menn opplever. Hun bemerker også at: ”Graviditet, fødsel og moderskap gir mange kvinner økt kroppsbevissthet” (Gullestad 1996:228-229).

En annen hypotese som lå til grunn for denne studien var at skjemaene er kjønnsmessig preget. Med dette mener jeg at det er typisk kvinnelig å komme med mange kommentarer, tilleggsopplysninger, klistremerker og tilbakemeldinger, mens menn er generelt kjent for å svare på en mer direkte måte når de fyller ut et spørreskjema. Denne hypotesen har jeg i en viss grad fått bekreftet gjennom de mange uttalelsene jeg har samlet fra mine informanter. En informant uttaler seg slik: ”Det kan være at kvinner er slik generelt sett, menn er mer saksorientert, ’la meg være ferdig med det’, menn er mer... enklere” (Frida, personlig kommunikasjon, 07.2009). Hun argumenterer hennes påstand med følgende fortelling:

”Jeg har et eksempel fra min egen erfaring. Jeg hadde en del ting som jeg skulle selge og jeg lagte de på Internett og jeg hadde både kvinner og menn som skulle kjøpe. Og det var mye enklere å handle med menn, fordi de klarte å bestemme seg veldig fort, de svarer med en gang...

men damer... det var altså så vanskelig fordi det gikk lenge til å selge en kommode, og jeg hadde fem kjøpere over hele sommeren, i to måneder... og til slutt det var en som bestemte seg. Og når jeg ville selge ut stereoanlegget, ble det solgt på fem dager. En mann kom hit for å se på det og det var noe slik: hmm ... ok! jeg kjøper det". Så det er ganske forskjellig, så tenkte jeg: oi! det er mye lettere å handle med menn enn med damer! Fordi de klarte å bestemme seg fort og å gi så raskt svar" (Frida, personlig kommunikasjon, 07. 2009).

Denne ideen at menn er mer kortfattet i svar enn kvinner deles også av andre informanter.

Johanne, en annen informant, argumenterer i tillegg at kvinner er mer "kompliserte" enn menn, at dette har både positive og negative sider når det gjelder spørreskjemaer. Den positive siden er at når kvinnene kommer med mange tilleggsopplysninger viser de mer interesse for å svare, det vil si er mer "samvittighetsfulle", som hun sier. Og den negative siden er at denne "samvittigheten" egentlig kan ødelegge skjemaet, fordi det ikke er ment til tilleggsopplysninger. Alt annet enn kryss og tall i boksen kan leses feil²³, og kan derfor mistolkes av datamaskinen. Hun uttrykker det slik:

"Kanskje dette skjemaet med kryss i boks, er laget av mannfolk? Hvis det hadde det vært menn å fylle ut dette skjemaet, da hadde de gjort det uten noen tilleggs kommentarer. De er ikke samvittighetsfulle nok. Samvittighetsfylde kan ødelegge skjemaet... jeg er helt enig med det. Men kvinnene konsentrerer seg samtidig om masse andre ting. Det er forskjell på hjerner mellom menn og kvinner" (Johanne, personlig kommunikasjon, 07.2009).

Det som Edith, en annen informant, tilføyer dette aspektet, er temaet om alder. Eldre kvinner kan være mer åpne til å fortelle om seg selv, om livserfaringer og opplevelser fra andre tidsperioder. Jo eldre kvinnene blir, jo mer har de opplevd, endringer i livskvalitet, modeller og verdiprinsipper i samfunnet osv. Hun argumenterer "at kvinner er så opptatt av å forklare mye, spesielt de over 50 år. Hvis det hadde vært menn, hadde det sikkert vært blanke spørreskjemaer, dvs. bare med kryss i boks. Kvinner har alltid lyst til å si mer enn de er spurt om, og vil komme med mest mulige opplysninger" (Edith, personlig kommunikasjon, 06.2009).

4.3.2 Byråkratiske yrker – fordeler og ulemper

Forskjellig jobb- og livserfaring gir folk forskjellig bakgrunn i livsforståelse. I løpet av intervjuene tok informantene mine utgangspunkt i deres egne yrke og jobberfaring for å kunne forklare deres forståelse til dette utsagnet "Skjemaet leses maskinelt" og hva dette innebærer. Hilde, en av mine informanter, nevner ikke hvilken jobb hun har, men hun forbinder spørreskjemaene i Mammografiprogrammet med andre typer spørreskjemaer hun og kollegaene

²³ Et spørsmålsteget i boksen kan bli feiltolket som et 2 – tall, eller hvis man skriver i boksen TO (istedenfor 02) blir feiltolket som enten 10 eller 70, avhengig av håndskriften.

hennes burde fylle ut i forbindelse med egen jobb: ”På jobben min må alle ansatte fylle et sånt skjema nå, og mange skriver ved siden av ruterne og da tenker jeg at folk ikke forstår dette med maskinelt avlesning, og hva det innebærer, og dets begrensning... tror jeg!” (Hilde, personlig kommunikasjon, 07.2009).

Spørreskjemaene til Mammografiprogrammet ble oppfattet av noen av informantene som en del av byråkratiet i det norske samfunnet. De ble sammenlignet både med andre typer skjemaer fra spørreundersøkelser og med skjemaer fra offisielle etater som selvangivelsen²⁴ for eksempel. Byråkratiet er mest utviklet i moderne stater ”*by needs arising from the creation of standing armies, (...) and from related development of public finances. But in the modern state the increasing demands for administration also rest on the increasing complexity of civilization*” (Weber 1978:972). Som i alle moderne samfunn ligger byråkratiet i Norge på et høyt nivå. I juli 2009 publiserer den norske avisen VG en artikkel²⁵ basert på data fra SSB²⁶. Artikkelen referer til det store byråkrati-nivået Norge har oppnådd, spesielt i Helsevesenet. Under tittelen ”Slår byråkrati - alarm ved norske sykehus, 3400 nye i administrasjon 2500 nye legestillinger” får vi informasjon om at totalt er det mer enn 1200 flere administrasjonsstillinger enn legestillinger ved norske sykehus, og at en lege bruker i gjennomsnitt 20 prosent av sin arbeidsdag på byråkratiet. Artikkelen åpnet for debatten om hvor mye tid leger egentlig skulle bruke til utfylling av skjemaer og skrivning av rapporter om pasientene hver dag.

En av mine informanter, Johanne, argumenterer at hun har vært aktiv i arbeidslivet i førti år, og har vært en byråkrat i hele sitt liv. Hun har hatt stillinger som rådgiver og konsulent og har hjulpet mange folk med utfylling av skjemaer. Hun mener at i den tiden kunne hun ofte observere:

”hvor dårlige mennesker er til å fylle ut skjemaer (...) Og så skal de [spørreskjemaene] gjøres enklere, fordi folk ikke er så intelligente som man tror de er, de er ikke så byråkratiske, de er ikke så vant til å fylle ut skjemaer, de hater det, de klare ikke med engang selvangivelsen sin” (Johanne, personlig kommunikasjon, 07.2009).

En liknende uttalelse får jeg fra en annen informant, Frida. Hun mener også at det å være byråkrat er en ganske stor utfordring i det nåværende samfunnet, og at man må ha en viss

²⁴ En selvangivelse er informasjon om hva hver enkelt innbygger har i inntekter, utgifter, formue og gjeld- Dette skal til sammen danne grunnlaget for hvor mye den enkelte skal betale i skatter og avgifter.

Alle som har en formue eller inntekt er pliktige til å levere en selvangivelse. (Wikipedia)

²⁵ <http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=568512> Lest den 16.03.2010

²⁶ Norsk Statistisk Sentralbyrå.

erfaring og trening med registrering og utfylling av skjemaer. Hun argumenterer at forskjellig bakgrunn gir forskjellig forståelse, og at uansett bakgrunn har folk forskjellige forståelsesevner.

Anne, en annen informant, som er nå pensjonist etter å ha jobbet i 30 år i finansbransjen, mener at hun aldri har vært en god byråkrat til tross for sitt yrke. Hun argumenterer at:

”en forsker er først og fremst en byråkrat, så vi er ikke det. Vi tenker litt forskjellige baner. Jeg vil ikke lære meg gjennom byråkratiet fordi den overkjører individet. Hvis du ser på et skjema med tilleggsopplysninger, da har du resultatet av den som aldri har vært bort i byråkrati, som ikke har peiling, hvert yrke er forskjellig” (Anne, personlig kommunikasjon, 06.2009).

Til tross for at byråkratiet overkjører individet, som Anne, min informant sier i løpet av intervjuet er byråkratiet helt nødvendig i den moderne staten. Weber (1978) argumenterer at årsaken til den byråkratiske organisasjonens fremgang, har alltid vært den rent tekniske overlegenhet over noen annen form for organisering.

Han forklarer det slik:

“The fully developed bureaucratic apparatus compares with other organizations exactly as does the machine with the non- mechanical modes of production. Precision, speed, unambiguity, knowledge of the files, continuity, discretion, unity, strict subordination, reduction of friction and of material and personal costs – these are raised to the optimum point in the strictly bureaucratic administration, and especially in its monocratic form” (Weber 1978:973).

4.3.3 Tillit til det offentlige og til helsevesenet i Norge

Først skal jeg definere begrepet ”tillit” og hva den innebærer i denne konteksten om velferdsstat, det offentlige apparatet og helsevesenet. En grunnleggende definisjon av ”tillit” er ”å ha tiltro til noe/noen”. Begrepet ”tillit” innebærer to tidsdimensjoner, nærmere bestemt en fortidsdimensjon, dvs. tillit som ble skapt gjennom erfaring, og en fremtidsdimensjon, tillit i noe/noen som forventes å gå i oppfyllelse etter ens ønske. For å forklare begrepet ”tillit” i velferdsstatens sammenheng, tar Ann-Helen Bay (2001) opp poenget til sosiologen Niklas Luhmann (1988). Luhmann (1988) skiller mellom *confidence* og *trust* og argumenterer at *confidence* er en mest vanlig form for tillit, hvor man tar for gitt at forventningene skal bli innfridd. *Trust* derimot er en mer reflektert form for tillit som innebærer også et valg folk har tatt mellom flere andre muligheter. Samtidig argumenterer Luhmann (1988) at: ”Når det gjelder *confidence*, blir faktorer utenfor individets kontroll tillagt skylden for at forventningene ikke blir innfridd. I tilfellet, *trust*, vil individet også rette skylden mot seg selv, fordi de har gjort en feilvurdering av et galt valg” (Bay 2001:119). Fordi *confidence* ikke nødvendigvis er erfaringsbasert, mens begrepet *trust*

refererer til en direkte sammenheng, dvs. individet som bruker/mottaker av en ytelse (Bay 2001), skal jeg i dette kapittelet referere til begrepet ”tillit” i betydningen *trust*.

I forrige del av dette kapittelet har jeg diskutert forskjellige synspunkter rundt dette temaet som kommer opp fra kommentarer på spørreskjemaene. Resultatene²⁷ viser at det finnes en viss tillit til Helsevesenet og generelt til det offentlige i Norge. Jeg skal diskutere om tillit, med utgangspunkt i intervjuer. Noen av mine informanter sier dette veldig klart og tydelig:

”Det er bare tull hvis noen tenker at privat er bedre enn offentlig, det er mennesker på begge steder og noen har bedre kompetanse enn de andre men det er både i offentlig og privat ... mennesker er mennesker rett og slett! (...) Jeg har en veldig sosialdemokratisk tankegang, jeg har tillit til det offentlige apparatet, til Helsetjenesten. De private helseforetakene de har startet for å tjene penger (for i hvert fall en av grunnene), og da tenker jeg er det mindre idealistisk? (Hilde, personlig kommunikasjon, 07.2009).

Hun refererer først til seg selv, at hun har tillit til det offentlige apparatet, men samtidig gjør hun det også på vegne av de andre kvinner i Norge. Det forestilte fellesskapet Benedict Anderson snakker om i boken *Imagined communities* viser seg å være veldig sterkt. Informanten min sier det slik: ”Vi har den tillit her i Norge, og jeg tror stort sett at vi synes at Helsevesenet her i Norge er bra. De fleste har gode erfaringer med det” (Hilde, personlig kommunikasjon, 07.2009).

Samme ideer om tilliten til Mammografiprogrammet fremstiller også en annen informant, Edith. Hun argumenterer at det var et godt program for kvinner i Norge til tross for at hun hadde benyttet det bare en gang, og har ingen hensikt til å gjøre det igjen om to år, hvis det ikke skulle oppstå behov for det.

4.3.4 Pliktoppfyllende følelser

En annen konklusjon som man kan trekke fra intervjuene er at kvinner i Norge ikke bare *har tillit til* Mammografiprogrammet og Helsevesenet, men også *en pliktfølelse*. I begynnelsen av dette kapittelet har jeg fremstilt hvordan en av mine informanter, Anne, referer til kreftforskning i Norge: ”Jeg støtter opp så godt jeg kan. Fordi det er en viktig sak” (Anne, personlig kommunikasjon, 06.2009). De aller fleste informantene som jeg har intervjuet delte samme forestilling om verdien som er grunnlaget til kreftforskningen generelt. Frida uttaler seg slik:

”Ja, vi er pliktoppfyllende. Og de som skriver ved siden av ruterne, de viser villighet til å svare, men de er usikre på hva de skal svare. Jeg tenker at hvis man skriver så mange

²⁷ Se kapittel 5.1.3 i denne studien.

tilleggsopplysninger, er det fordi man er usikker på hvor man skal sette det krysset. Og så skriver de tilleggsopplysningene for å gi de som leser skjemaene muligheten til å sette kryss for dem” (Frida, personlig kommunikasjon, 07.2009).

Bente, en annen informant, trekker inn utdanningstemaet i denne diskursen om pliktfølelse. Hun mener at: ”Det [Mammografiprogrammet] er bra for enkeltindividet. Hvis folk i Norge føler seg forpliktet til å svare på spørreskjemaene, er det kanskje fordi de er mer utdannet enn i andre land” (Bente, personlig kommunikasjon, 07.2009). Hun mener også at her i Norge ser man forskjellen mellom spørreundersøkelser som gjelder matvaner eller andre ”uviktige” ting, man kan avvise å svare på dem, men når det gjelder Helsevesenet ”da skjerper vi oss!!!”. Hun fortsetter med å argumentere at når kvinner skriver kommentarer på spørreskjemaer gjør de det fordi de er villige til å gi noe, en del av seg selv til videre forskning, at de er redde for å skrive feil, og derfor gir de så mange opplysninger som mulig. De skriver også fordi de er vant til å ha et felt for tilleggsopplysninger eller personlige kommentarer som på alle andre spørreskjemaer.

Johanne sier det på følgende måte: ”Hvis man skriver så mye, viser at det er grundig gjort av kvinner, at de vil hjelpe dere”, mens Hilde, en annen informant, uttrykker den samme ideen:

”Kvinner skriver på skjemaene fordi de tar dette veldig alvorlig. De skal gjøre lekse si. De er pliktoppfyllende og har kanskje også en slags ønske om å fortelle sin historie. (...) Jeg har jo vanligvis tenkt at jeg skal bidra til forskningen ved å fylle ut skjemaene så godt jeg kan. Det er derfor man stiller opp på sånt! Fordi vi jo er alle opptatt av å få mest mulig svar på kreftgåten, å få gode behandlingsmetoder og forklaringer på hvordan kreft oppstår. Så derfor blir vi med. Vi leverer dette for å få svar. Det å gå til mammografi gjør at kreft oppdages tidlig, med det resultatet at man blir frisk når man får tidlig behandling, det er jo sikkert viktig!” (Bente, personlig kommunikasjon, 07.2009).

4.3.5 Hvem skriver kvinnene tilleggsopplysninger til?

En av mine sekundære problemstillinger i denne studien var å undersøke nærmere hvem kvinnene skriver til når de tilføyer tilleggsopplysninger. Hvilken baktanke har de om disse spørreskjemaene, hvem leser dem og hvem ”snakker de til” gjennom disse opplysningene?

Dette var et interessant tema å diskutere med informantene mine i løpet av intervjuene. Min hypotese (og kanskje den mest logiske forklaringen) var at de enten ikke leser veiledningen hvor det står ”Skjemaet leses maskinelt” eller ikke forstår utsagnet eller at de rett og slett antar at det er en person som leser deres besvarelser. Denne hypotesen kunne bekreftes ved å analysere

kommentarene fra spørreskjemaene. Der kunne man lese at noen kvinner ”snakket” til forskeren, mens andre ”snakket” til legen eller til radiografen²⁸.

I de intervjuene jeg har gjennomført, hadde kvinnene noen forskjellige meninger om dette temaet. Noen informanter kommenterte at ”man antar det at en person leser og tolker svarene” (Hilde, personlig kommunikasjon, 07.2009). Anne for eksempel mener at hun ikke har kjennskap til hvem som skal lese disse svarene, men det er en selvfølge at det er en fagmann, en person som ble lært opp til å forstå og tolke spørreskjemaene: ”Det er jo så sjelden at jeg fyller ut offentlige papirer, jeg har ikke oversikt, men når jeg skal sette meg å fylle ut, da gjør jeg det grundig. Fordi jeg tenker på den som skal lese (...) for hver kjenner sitt fag selvfølgelig” (Anne, personlig kommunikasjon, 06.2009).

”Jeg tror at man tenker ikke så mye på hvem eller hvordan skjemaene leses, man blir bare noen ganger fristet til å skrive sånne tilleggsopplysninger, man tenker ikke så mye på det” sier en av mine informanter, Frida. Fridas mening om dette temaet var at når man får et slikt spørreskjema, er man kanskje usikker på hva man skal fylle inn, og da kommer man med tilleggsopplysninger for at den som leser skjemaet skal få et innblikk i hva den personen tenker. Hun mener at man forventer automatisk at skjemaene skal leses av en person. ”Når jeg får et slikt skjema, jeg setter meg ned og så går jeg side for side gjennom det, og det kan hende at man leser det først, men man glemmer at det blir lest maskinelt, du tenker ikke over det” (Frida, personlig kommunikasjon, 07.2009).

4.3.6 Maskinell lesing og forslag til utforming av spørreskjemaene

I løpet av de gjennomførte intervjuene hadde jeg en diskusjon med informantene mine om hvorfor de tror at så mange kvinner skriver kommentarer og tilleggsopplysninger på spørreskjemaene. Konklusjonen man kom til var at det skjer av forskjellige grunner: kvinnes behov for begrunnelser fordi deres svar kan interpreteres på flere måter eller kan gi et negativt bilde om seg selv²⁹ som ikke passer innenfor samfunnets rammer³⁰.

²⁸ Kvinnene får spørreskjemaet hjem i posten, de blir utfordret til å utfylle det og deretter levere det ved personlig fremmøte til mammografiundersøkelsen. Derfor er det en selvfølge å tro at radiografen som utfører mammografien skal lese det og bruke svarene i direkte sammenheng med mammografien. Dette er imidlertid ikke slikt. Før selve mammografien går kvinnene gjennom et intervju med radiografen hvor de får en del lignende spørsmål som de på spørreskjemaene. Det er bare disse svarene som radiografen tar i betraktning, spørreskjemaene de leverer har eksklusivt forskningsmessige grunner.

²⁹ Røykeforbruket for eks. mer om dette i kapittel. 5.1.2.2

³⁰ Det å ikke trene for eks. i Norge blir oppfattet som unormal. Mer om dette i kapittel 5.1.2.1

”Man må rettferdiggjøre seg selv hele tiden. Man vil informere skikkelig derfor skriver de mer. Det er sånn vi mennesker generelt er: oh! som må vi forklare oss! Jeg må forklare hvorfor har jeg gjort ditt eller ikke gjort datt, trent eller ikke osv.” (Karin, personlig kommunikasjon 2009).

Andre grunner kan være at noen kvinner føler seg ensomme og har et behov for å fortelle om seg selv til andre. Ingunn nevner dette aspektet i sin uttalelse og trekker inn et interessant paradoks: at man ikke har tid til å lese veiledningen til utfylling av spørreskjemaer, men har tid til å skrive tileggsopplysninger ved siden av.

”Det kan hende at noen som har lite kontakt med andre, at de ikke har noen til å fortelle alt dette til, eller man ikke jobber, fordi når du jobber kan du ikke bruke tid på det, for å skrive kommentarer må det være noen som har veldig god tid. Man tenker ikke at disse spørreskjemaene skannes på den måten, at det leses bare det som står i ruterne. Det er ikke noe misvisende for at det står jo det at det leses maskinelt. Det er bare folk som ikke leser nøye nok fordi de har dårlig tid, men da er det litt rart hvordan har man tid til å skrive alt dette her ved siden av?” (Ingunn, personlig kommunikasjon, 07.2009).

Johanne derimot mener at å skrive utsagnet "Skjemaet leses maskinelt" kun en gang på spørreskjema er ikke nok. Ikke alle forstår hva utsagnet betyr, og hun mener at man må forklare litt nærmere som for eksempel: ”’maskinelt’ betyr det at ingen leser det du skriver utenom! Hvis du gjør det, da ødelegges skjemaet!” (Johanne, personlig kommunikasjon, 07.2009). Hun understreker også at det kanskje heller ikke er nok å skrive dette bare en gang i begynnelsen fordi man glemmer det. Et alternativ hun foreslår er å skrive dette i parenteser på hvert enkelt spørsmål. Informanten Hilde deler Johannes mening om at veiledningen burde kanskje skrives flere ganger på spørreskjemaene og føyer til:

”... også tenker vi vel at kanskje i tillegg vil bli lest manuelt ikke bare maskinelt. (...) Ja, men kanskje de forstår ikke hva betyr ”Skjemaet leses maskinelt”, de som skriver så mye utenfor. Og det er liksom ikke helt i kontakt med spørsmålene, det står bare øverst oppe der på spørreskjemaet, jeg har lest andre skjemaer og der står det med stor skrift BARE MASKJINELT AVLESNING BRUK BLÅ ELLER SORT PENN, dette står liksom i tilknytning til spørsmålene, mens her er det litt mer diskret, så det kan nok hende at noen ikke ser det!” (Hilde, personlig kommunikasjon, 07.2009).

En annen informant, Camilla, mener at til tross for sin gode erfaring med utfylling av spørreskjemaer fra andre spørreundersøkelser, er det alltid noe spesielt ved spørreskjemaer som får en til å skrive kommentarer. Noen inneholder ikke tydelige nok spørsmål, andre har ikke nok dekkende svar osv. Hun mener at de beste spørreskjemaene er de som har et tomt kommentarfelt hvor man kan skrive fritt tileggsopplysningene man føler behov for å skrive. Hun argumenterer imidlertid at å lese skjemaene maskinelt slik det generelt gjøres i dag ikke nødvendigvis er den beste måten å gjøre det på. At det ikke er en person som leser svarene, men en maskin som

tolker etter noen parametre bestemte på forhånd av et dataprogram, gjør at man mister ”de menneskelige” trekkene som svarene noen ganger bærer med seg.

”Det har blitt alt for automatisert, du ikke får kontakt med mennesker lenger, du får ikke forklart en situasjon. Spørreskjemaet blir på samme måte som du kommer inn på en spørresituasjon på telefon, når du ringer en kundeservice du får mange tastemuligheter, og du føler at du ikke passer i noen av dem” (Camilla, personlig kommunikasjon, 06.2009).

Rønning og Solheim (1998) skriver om brukermedvirkning i velferdssektoren. De mener at:

”Mer teknologi reduserer den menneskelige kontakten ved formidling av tjenestene” (Rønning and Solheim 1998:109). De kaller kontakten som blir igjen etter at banktjenester erstattes av kontantautomater og telefonbetaling, bensinstasjoner som automatiseres osv. for

”pseudokontakt, fordi de som serverer oss, er å regne som preprogrammerede roboter” (ibid.). Ved denne anledningen siterer de George Ritzer (1993) som kaller denne situasjonen for ”mcdonalisering av samfunnet” (Ritzer 1993). Rønning og Solheim (1998) konkluderer denne ideen: ”hvis hjelpeapparaters svar er å teknologisere sine tjenester kan det skape et økt hjelpe- og kontaktbehov. Det er i alle fall viktig å gjennomdiskutere hvilke tjenester det kan være kurant å «avpersonifisere» og hvor en bør unngå å gjøre dette” (Rønning and Solheim 1998:109). Tross alt teknologisering og automatisering i samfunnet, føler min informant, Camilla, stor beundring for forskere som lager spørreskjemaer.

”Du får jo dannet et bilde. Ja, det er fascinerende, jo herlighet, de spør om alt! Om mosjon, om tv-programmer, om reiser. Hva er viktig når man reiser? Er det penger? Er det tid? Og det er først spørsmålet og deretter oppfølgingsspørsmål og to til og to til, jeg vet ikke hvor de får alle disse spørsmålene fra” (Camilla, personlig kommunikasjon, 06.2009).

Edith, en annen informant, er enig med Camilla om at alle spørreskjemaene burde inneholde et tomt kommentarfelt hvor kvinnene kunne skrive fritt sine egne kommentarer, ved maskinell lesing mistes den menneskelige kontakten. Hun trekker enda lengre ut denne tanken og sier at hvis det hadde vært en person som leste svarene, hadde han/hun kanskje også muligheten til å hjelpe kvinner.

”VIKTIG! sier hun: lag et kommenter felt hvor kvinnene kan skrive fritt hva de har lyst til å skrive. Og det må også være en person og ikke en maskin som skulle lese spørreskjemaene, som han/hun kan se på svarene for eksempel hvis en er overvektig, og tolke hennes svar på spørreskjemaer som et skrik for hjelp, og prøve å gjøre noe med det, kontakte hennes fastlege for eksempel” (Edith, personlig kommunikasjon, 06.2009).

Hilde, en annen informant, mener at kvinner skriver kommentarer eller tilleggsopplysninger når de oppfatter spørsmålene som upresise eller når ingen av alternativene som gis passer til enkeltindividet. Gustav Haraldsen (1999) argumenterer at ”selv om respondenten har forstått

spørsmålet, kan det godt hende at han ikke er sikker på hva han skal svare. Det kan han enten svare at han ikke vet, eller likevel velge mellom de andre svaralternativene selv om man er usikker” (Haraldsen 1999:140).

På Mammografiprogrammets spørreskjemaer finnes det ikke svaralternativet ”vet ikke” til hvert enkelt spørsmål, derfor måtte kvinnene velge ett av svaralternative som finnes. Dette kan medføre i en viss grad en ubehagsfølelse og dermed kommer de med forklaringer, tileggsopplysninger eller kommentarer ved siden av deres svar. Informanten Hilde tilføyer også at ”også tenker vi vel at kanskje i tillegg vil bli lest manuelt, ikke bare maskinelt”. Hun deler Johannes mening³¹ som jeg presenterte tidligere i dette underkapittelet.

4.4 Konklusjon

I dette kapittelet har jeg fokusert på de empiriske dataene jeg brukte i min studie, både tekster jeg har samlet inn fra spørreskjemaer og intervjuene jeg har gjennomført. Det var et stort antall tekster som jeg hadde til disposisjon for analysen. For å kunne trekke noen konklusjoner måtte jeg først gå gjennom alle, og lage et register på dem. Deretter fant jeg gjennom en sammenligningsprosess både felles og motstridende poeng. Av disse poengene har resultert temaene som jeg drøftet i underkapitlene 4.2.1 til 4.2.5.

Disse temaer reflekterer de mest omtalte emner kvinner skriver om i deres kommentarer. At spørsmålene er alt for detaljerte og vanskelig å besvare, at det er vanskelig å huske så langt tilbake i tid for å kunne gi et nøyaktig svar, at de vil bidra til kreftforskningen, og at de har tillit til det offentlige i Norge, til Mammografiprogrammet og til helsevesenet generelt, er noen av disse temaene. Det har vært interessant å få samme resultater fra tekstene på spørreskjemaene som fra intervjuene. I løpet av intervjuene viste informantene mye åpenhet og ærlighet, og var villige til å argumentere deres og andres grunn til å skrive tileggsopplysninger til svaralternativene angitt på spørreskjemaene. I tillegg til konklusjonene som kom frem fra spørreskjemaene og som ble bekreftet i løpet av intervjuene, har også resultert en del andre viktige poeng, blant annet at det er typisk kvinnfolk å skrive kommentarer. Kvinner generelt liker å gi mer enn et Ja- eller Nei-svar. De ønsker å ha muligheten til å forklare ting, begrunne og fortelle. Det sier også Bente, en av informantene, i løpet av et intervju: ”En kvinne må kunne utrykke seg for å føle seg fullkommen og fornøyd!” Kvinner generelt er samvittighetsfulle og pliktoppfyllende. At kvinner

³¹ At det er ikke nok å skrive dette utsagnet ”Skjemaet leses maskinelt” bare en gang, i veiledningen for utfylling av spørreskjemaene og at ikke alle forstår hva utsagnet betyr.

skriver tilleggsopplysninger betyr at de viser stor interesse og at de engasjerer seg i dette viktige sosiale aspektet som kreftforskningen og helsen generelt har.

I neste kapittel skal jeg presentere et kortfattende sammendrag av min studie, med både teoretisk grunnlag, metode og resultatene som kom frem fra dette prosjektet, og deretter skal jeg avslutte med en diskusjon om studiens begrensninger, om det som kan være interessant å forske videre med utgangspunkt i studiens resultater.

5. Avslutning

5.1 Sammenfattende diskusjon

Problemstillingen som lå til grunn i denne studien var **Hvis det står i veiledningen at spørreskjemaene leses maskinelt (noe som innebærer at eventuelle tilleggsopplysninger ikke kan bli lest av maskinen, og dermed ikke brukt videre i undersøkelsen), hvorfor skriver mange kvinner tilleggsopplysninger i margin?** Problemstillingen oppsto etter to års arbeid med skanning av spørreskjemaer som kvinner i Norge utfyller i forbindelse med deres deltakelse i Mammografiprogrammet. Selve feltarbeidet varte i fem måneder, fra februar til juni 2009, periode når alle dataene som ble brukt i studien ble innsamlet.

Som metode har jeg valgt tekstanalyse og delvis strukturerte kvalitative intervjuer. Tekstene som ble analysert er kommentarer og tilleggsopplysninger skrevet på Mammografiprogrammets spørreskjemaer. Jeg har først innsamlet disse tekstene og deretter har jeg tatt intervjuene. Jeg har brukt båndopptak og transkribert dem etterpå.

Mammografiprogrammet startet som et fireårig prøveprosjekt i fire norske fylker i 1996-97. Etter cirka to år begynte programmet å utvides til alle kvinner i Norge som var i alderen 50-69. Dette offentlige programmet var landsdekkende ved utgangen av året 2005 (Hofvind et al. 2009). Siden programmet er relativt nytt, er det litt vanskelig å si med sikkerhet hvor vellykket det er, men foreløpige studier viser at det er kostnadseffektivt (Wang et al. 2001; Norum 1999; Kåresen et al. 1999), og at det finnes et høyt tilfredsstillelsesnivå i tjenestene ved mammografiscreeningssentrene (Myklebust et al. 2009). Likevel var min intensjon ikke rettet mot en evaluering av Mammografiprogrammet, som jeg allerede har nevnt i denne oppgaven. En slik evaluering er nå i gang i regi av Forskningsrådet³². Det er et omfattende arbeid og krever mer analyse, tid og ressurser.

Opprettelsen av screeningklinikker for livmorhals- og brystkreft åpner for samtaler og diskusjoner i ulike toner og språk som aldri ville komme overens eller erstatte hverandre. Den ene er en rasjonell diskusjon om risiko, om rapporten kostnad – effektivitet, om overlevelse, diskusjon ført av radiologer, onkologer, epidemiologer og byråkrater. Den andre er en emosjonell diskusjon om tillit, moralitet (både offentlig og privat), ettergivenhet, skyld, frykt og død (Kaufert 2000).

³² Les nærmere om dette på <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Mammografievalueringen-i-gang/>

Mitt formål var å forstå hvorfor kvinnene skriver kommentarer og tileggsopplysninger på spørreskjemaene. Etter å ha analysert disse kommentarene kom jeg frem til noen konklusjoner som gjelder både utfyllingen av spørreskjemaene og selve Mammografiprogrammet.

Spørreskjemaene som jeg har analysert tekstene fra, inneholder spørsmål som strekker seg utover informantenes hele livsperiode, nærmere bestemt fra fødselen til dagens dato.

Spørsmålene referer til høyde og vekt gjennom tiden, utdanningsnivå, sykdom, både egens og familiens, medisinbruk, røyk- og alkoholforbruk og fysisk aktivitet. For at informantene kunne svare på alle disse spørsmålene, måtte de tilpasse egne vaner og hendelser i livet etter noen bestemte rammer. Slik ble informantenes hele livsforløp til ”Ja”- eller ”Nei”-svar, i tillegg til masse kryss og tall. Dette betyr en standardisering av menneskers liv slik at det blir mulig å sammenligne, generalisere og interpretere på nasjonalt nivå. James C. Scott (1998) refererer til standardisering som et av den moderne statens redskap til overvåkning, telling, skatting og administrering av innbyggerne.

” The modern state through its officials, attempts with varying success to create a terrain and population with precisely those standardized characteristics that will be easiest to monitor, count, assess and manage” (Scott 1998:81-82).

Disse statlige prosjekter refererte blant annet til den attende og nittende århundre, nærmere bestemt til forsøket til å forenkle og standardisere tysk skogbruk ved å ”skape” skoger med bare en type trær som var oppsilte i rette linjer, slik at det skulle økes effektiviteten av vedproduksjon. Resultatet var at ”den nye, perfekte skogen overlevde ikke i den forstand, utenfor dens naturlige nisje. Deretter beskriver Scott forsøket av storby planlegging (Brasilia, Paris) i høymodernismen, slik at den enkelte individet skulle bevege seg lettere innenfor byens grenser. Resultater var at det var egentlig ikke noe forskjell for enkelt individet men den moderne staten fikk lettere kontroll over byen. En annen empirisk eksempel var skapelsen av *ujamaa* landsbyene i Tasmania. Tasmanias president Julius Nyerere har prøvd til å fastsette landets innbyggere i nye moderniserte landsbyer, hvor de skulle drive med landsbruk i organiserte grupper, med moderne teknologi. Hans plan mislykket, slik mislykket i å nå det målet som kollektiviseringen i den Sovjetiske Russland hadde.

En av konklusjonene jeg kom frem til i min studie, er at denne standardiseringen av livet er en av grunnene hvorfor kvinnene skrev kommentarer og tileggsopplysninger i marginen av spørreskjemaene. Spesielle hendelser som sykdom, adopsjon, innvandring, dødsfall i familien, stress er faktorer som påvirker et ”standard” livsforløp som spørreskjemaene krever. Der en eller flere av disse oppsto i løpet av livet, følte kvinnene et behov for å nevne dem i form av

kommentar. Jeg har kommet frem til dette resultatet både fra tekstanalysen av spørreskjemaene og fra de kvalitative intervjuene jeg har gjennomført. Flere informanter har understrekket det faktum at en av grunnene til at noen skriver utenfor svarboksene er at det er vanskelig å krysse for et svaralternativ når ingen av disse passer. Det vil si at standardiseringen ikke egner seg til alle respondenter. Forslaget som kom fra informantene i løpet av intervjuene var at man enten må få legge til flere svaralternativer eller et tomt felt hvor de som ikke finner et passende svaralternativ kan skrive fritt, med egne ord, et svar på spørsmålet som blir stilt.

Det finnes imidlertid også andre grunner som står bak disse kommentarene som jeg vil nevne her i konklusjonen. Om disse har jeg diskutert i *kapittel 4* hvor jeg har delt de innsamlede kommentarene inn i temaer. Disse er:

- 1) Kvinnene skriver ved siden av svaralternativene at det var vanskelig å huske så langt tilbake i tid alle detaljene³³ de ble spurt om. De er bekymret over at de angitte svarene ikke er ”riktige nok” og kan dermed påvirke negativt kreftforskningen som utføres basert på disse dataene.
- 2) Kvinnene føler et behov for å begrunne deres svar. Dette behovet kan ha flere årsaker som kan bli forstått bare hvis man har en god kjennskap til de norske kulturelle verdiene. Noen kvinner begrunner deres vaner som røyking og alkoholforbruk ved å skyldes på stress, lidelser, sorg eller ulykker. Andre kvinner derimot forsvarende deres stillesittende liv eller mangelen på regelmessig fysisk aktivitet med forskjellige sykdommer, bevegelsesproblemer eller årstidsvariasjon.

Røyking (Vollset et al. 2006; Lund and Lund 2005; Götestam 1990; Bjartveit 1990) og alkoholforbruk er blant de mest dokumenterte helseskadelige livsstilsfaktorer (Kjærheim 1997; Brand et al. 2007; Babor and Rossow 2003; Aasland 2003). Vi vet at mens røyk- og alkoholforbruk er helseskadelige, er fysisk aktivitet bra for helsen (Søgaard 2000), og dette kan være en grunn hvorfor kvinnene føler dette behovet for begrunnelse og unnskyldning.

- 3) En annen grunn til at kvinnene skrev tilleggsopplysninger var at de ønsket å gi tilbakemelding til både spørreskjemaene og Mammografiprogrammet. De har kommet både med positiv og negativ respons og med forslag til programmet. Av intervjuene jeg

³³ Antall sigaretter man røykte daglig, mosjon og trening og alkoholbruk per måned mellom 15-19 år, 20-29 år, 30-39 års alderen osv.

har gjennomført kom det også frem at noen kvinner gir tilbakemeldinger fordi på andre skjemaer eller undersøkelser blir man spurt om det. De som har en viss erfaring med skjemaer og undersøkelser er vant med å finne på slutten et tomt felt som heter "Personlige kommentarer" eller "Andre opplysninger" hvor man kunne skrive med egne ord det som man måtte ha å tillegge.

Som jeg allerede har nevnt i begynnelsen av dette kapittelet, var ikke min intensjon å gjøre en vurdering av Mammografiprogrammet i denne studien. Til tross for det, etter å ha analysert kommentarene og spesielt intervjuene jeg har tatt, har jeg kommet frem til noen konklusjoner som er i direkte sammenheng med Mammografiprogrammet.

- 1) En første konklusjon er at noen av kvinnene både besvarer spørsmålene på spørreskjemaene³⁴ og skriver tilleggsopplysninger fordi de vil bidra til kreftforskningen med mest mulig informasjon. Dette tilfellet gjelder spesielt Mammografiprogrammet, et offentlig program som helsevesenet i Norge tilbyr som forebygging av og støttetiltak for en alvorlig³⁵ sykdom som brystkreft. Bente, en av intervjuinformantene, argumenterer at når det gjelder dagligvarebutikk- undersøkelser, kan man nekte å besvare, men når det gjelder helsevesenet "da skjærper vi oss!" (Bente, personlig kommunikasjon, 07.2009).
- 2) En annen konklusjon når det gjelder Mammografiprogrammet er at kvinner i Norge har tillit til dette programmet i den forstand at det er et offentlig program. Dette kan man konkludere fra den høye deltakelsen som er registrert, nærmere bestemt 77 prosent (Kreftregisteret 2008-2009), samt intervjuene jeg har gjennomført. Kvinnene hadde tydelig uttrykt deres tillit til det offentlige tilbudet i Norge. De argumenterte at det offentlige apparatet i Norge er bra, at fagfolket har like god kompetanse som i det private, at mens de private helseforetakene har startet deres aktivitet under premissen av å tjene penger, ble det offentlige opprettet til å hjelpe mennesker og kurere deres sykdommer (bl.a. Hilde i personlig kommunikasjon, 07.2009). I *Maktens samvittighet* (2002) kom Halvard Vike et al. med samme argument når han snakket om driften av et offentlig sykehus: "Dersom sjukehuset hadde vært et rent markedsstyrt bedrift, er det sannsynlig å tenke seg at eierne ville satse på f. eks. totalproteseoperasjoner, som skårer

³⁴ Jeg vil minne her at det er frivillig å svare på spørreskjemaet og man kan delta i Mammografiprogrammet uten å levere det.

³⁵ I mange tilfeller dødelig.

høyt på DRG³⁶- skalaen, mens medisinske langtidspasienter ville kuttes ut” (Vike et al. 2002:105).

Når den overordende tanke var at et offentlig prosjekt på nasjonalbasis er oppfattet som vellykket og bra for enkeltindividet, var det interessant å se på statlige prosjekter fra andre land som oppsto av samme grunn, nærmere bestemt å hjelpe enkeltindividet, men som egentlig feilet (Scott 1998; Desjarlais 1997).

Noen av de teoretiske rammene som åpnet for diskusjon i studien refererte til tilnærming av sykdom i biomedisin og medisinsk antropologi, blant annet adskillelsen mellom *illness*, *sickness* og *disease* (Eisenberg 1977) og deres forståelse i kulturell kontekst (Hydle 1997). Ettersom Mammografiprogrammet er rettet bare til kvinner, hadde jeg fokusert på forholdet mellom den kvinnelige kropp og sykdom, og hvordan bioteknologien brukes på den kvinnelige kropp.

Mange feminister, blant dem antropologer, har gjennom tiden karakterisert medisin som en patriarkalsk institusjon fordi de oppfattet at den kvinnelige kroppen ble stadig omgjort til et felt for teknologiske inngrep i forbindelse med fødsel og reproduksjon (Lock and Nguyen 2010). Samtidig viser empirisk forskning at forholdet kvinnene har til biomedisinske teknologier er pragmatisk og basert på hva som oppfattes å være til beste for kvinnene selv, deres familier og i noen tilfeller sine lokalsamfunn (Lock and Kaufert 1998).

Barnefødsel, sterilitet, abort og overgangsalder er blant de aspektene som blir av interesse ikke bare for kvinnene selv, men også for staten. Gjennom tiden var statsmakten avhengig, direkte eller indirekte, av å definere normative familier og av å kontrollere befolkningsgrupper (Ginsburg and Rapp 1991). Statens kontroll og overvåkning av befolkningens livssyklusoverganger som oppvekst, menopause, aldring og død ble introdusert og muliggjort gjennom medikalisering og standardisering (Lock and Nguyen 2010).

Statens medikalisering av befolkningsgrupper åpner for en diskusjon om sosial kontroll (Conrad 1979, 1992). Foucaults begreper (1991) ”governmentalitet” og ”*selv-governance*” blir avgjørende i denne sammenhengen for å forstå statens sosial kontroll gjennom Mammografiprogrammet og kvinnenenes deltakelsesvalg i dette programmet.

³⁶ ”DRG står for «diagnoserelaterte grupper» og innebærer et system som skal gjøre det mulig å anslå hva ulike kategorier av pasienter og behandlinger koster sjukehuset (og dermed hva som skal gi «inntekter»)” (Vike et al. 2002:102).

5.1 Etiske diskusjoner

Spørreskjemaene jeg brukte inneholder både personopplysninger og sensitiv informasjon om individets medisinbruk, røyk- og alkoholbruk, sykdom. Anonymitet var spesielt viktig i denne sammenhengen og derfor ble hvert enkelt spørreskjema anonymisert.

Når det gjelder andre delen av prosjektet, intervjuene, oppsto det en annen problematisk side for studien min. Fordi jeg ikke fikk tilgang til kvinnenes personopplysninger/identitet, var det Mammografiprogrammet på Kreftregisteret som sendte ut invitasjonene til intervju. Kvinnene skulle dermed få kjennskap til mitt prosjekt, og til de som takket ja til intervju i form av en skriftlig samtykkeerklæring, fikk jeg i ettertid kontaktopplysningene for å kunne kontakte dem.

I første omgang ble det valgt ut fra alle spørreskjemaer³⁷ de som hadde flest og mest interessante kommentarer. Fra det resulterte utvalget³⁸ ble det prioritert kun informantene fra Oslo og Akershus området³⁹ som fikk tilsendt invitasjon til intervju. Fordi jeg ikke hadde tilgang til personopplysningene (adresse og telefonnummer) til de kvinnene som skulle inviteres til intervju⁴⁰, måtte Kreftregisteret sende ut brev på mine vegne.

I ettertid ble jeg satt i kontakt med de kvinnene som takket ja til intervjuet gjennom et samtykkedokument. Etter dette ble alle de utvalgte spørreskjemaene anonymisert og nummerert.

Etter gjennomføring av de kvalitative intervjuene, ble navnene til informantene mine endret til et pseudonym, slik at de ikke kunne identifiseres ved endt studie. Båndopptakene som jeg tok i løpet av intervjuene ble slettet⁴¹ etter transkribering.

5.2 Studiens begrensning og videre forskning

I utgangspunktet tenkte jeg at anonymiseringen ikke skulle påvirke min studie på noen som helst måte (jeg var ikke spesielt interessert i hvem personene som skrev kommentarene var, men hvorfor de gjorde det). I ettertid, når man skulle velge ut informantene som skulle inviteres til intervju, forsto jeg at anonymiseringen førte til en viktig begrensning i utvalget.

³⁷ Det var cirka 120 000 spørreskjemaer tilgjengelige på Kreftregisteret per februar 2009.

³⁸ 1386 spørreskjemaer til sammen, både "Helseforhold før 50-års alder" og "Helseforhold i dag".

³⁹ Jeg tok dette valget med tanke på reiseavstanden for å kunne gjennomføre intervjuene.

⁴⁰ Et av vilkårene satt av NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) for å godkjenne prosjektet.

⁴¹ Et annet NSD vilkår for godkjenning av prosjektet.

Før anonymiseringen av alle spørreskjemaene, har Kreftregisteret⁴² tatt ut et antall spørreskjemaer og sendt ut invitasjon til intervju. Invitasjonene inneholdt et samtykke til intervju, og de kvinnene som takket ja, kunne jeg i ettertid ta kontakt med. Det som jeg følte som en begrensning i studien, var at jeg fant noen interessante fortellinger⁴³ i løpet av innsamlingen av data, og det hadde vært nyttig å kunne intervju disse kvinnene.

En annen begrensning var også at utvalget mitt var bare fra Oslo området. Jeg tenkte på reiseavstanden, men det hadde vært interessant å intervju kvinner fra forskjellige fylker i Norge, og å gjøre sammenligninger mellom for eksempel Sør- og Nord-Norge, mellom kvinner fra de store byene og de fra landsbygda. Men dette kan utføres i fremtidige studier, når forskeren har mer tid og flere ressurser til disposisjon. En annen interessant videreforskning kan være en sammenligning mellom Mammografiprogrammet som offentlig program og andre slike programmer både fra Norge og fra andre land.

Hvis man tenker på studiens validitet⁴⁴ og reliabilitet⁴⁵, kan man si at det kan være en utfordring å gjøre samme studie og komme frem til samme resultat.

Kvalitative studier er kontekstuel konstruert og derfor er det vanskelig å kunne gjenta samme studie på nøyaktig samme måte. Fortolkningen av materiale, tekster, uttalelser, intervjuer, videoopptak osv., er påvirket av både forskerens og informantenes selvforståelse. Thagaard (1998) kaller de kvalitative studier som setter de studerte fenomenene i en meningssammenheng for ”fortolkende beskrivelser”. Ideen stemmer overens med det som Geertz (1973) kaller for ”tykke beskrivelser”. Hun argumenterer nærmere at kvalitative studier burde inneholde forskerens fortolkninger (Thagaard 1998).

Å gjenta min studie av en annen forsker ville imidlertid bety å bruke nytt materiale, både tekster og intervjuer. Hvert spørreskjema jeg har brukt inneholdt en unik og personlig kommentar som er lite sannsynlig⁴⁶ til å dukke opp igjen på andre spørreskjemaer i fremtiden.

⁴² Jeg fikk ikke tillatelse fra NSD til å koble spørreskjemaene til kvinnenens identitet i forbindelse med denne studien.

⁴³ Se for eksempel *underkapittel 4.2.5*

⁴⁴ Det vil si at studienes resultater kan være gyldige utover det som ble utforsket i denne studien.

⁴⁵ Det vil si i hvilken grad en studie kan etterprøves, nærmere bestemt hvis andre forskere skulle utføre samme studie, i hvilken grad de ville komme frem til samme resultater/konklusjoner.

⁴⁶ Det finnes en type kommentar som ofte blir skrevet ved siden av spørsmålene, for eksempel ”vet ikke” eller ”husker ikke”, men jeg referer her til kommentarer av typen fortelling eller beskrivelse av en hendelse eller en situasjon.

Det er også betydelig få kommentarer på innkomne spørreskjemaer per dagens dato⁴⁷ fordi *Invitasjon til å delta i en spørreundersøkelse* ble forandret i løpet av juni 2009⁴⁸. I veiledningsavsnittet om utfylling av spørreskjemaet står nå ved siden av utsagnet ”Skjemaet leses maskinelt” også ”Ikke skriv utenfor svarboksene” (Kreftregisteret 2009).

Resultater fra denne studien kan bli brukt som hjelpeverktøy i utforming av spørreskjemaer, i kvalitetsstudier av spørreundersøkelse innenfor Mammografiprogrammet, samt fremtidige studier hvor det forskes holdninger som mennesker har til den offentlige sfæren, til helsevesenet som en del av velferdsstaten hvor det ”er en allmenn, og sterk, forventning om at staten faktisk kan gjøre «det gode»” for sine innbyggere (Lien, Lidén, and Vike 2001:23).

⁴⁷ Med dagens dato referer jeg til våren 2010.

⁴⁸ Rett etter at jeg ble ferdig med innsamlingen av kommentarer/tekster fra spørreskjemaene.

Litteraturliste

- Aasland, O. G. 2003. Alcohol and the Norwegian situation. *Alkohol og fjæresteiner* 123 (20):2848.
- Anderson, Benedict. 1983. *Imagined communities: reflections on the origin and spread of nationalism*. London: Verso.
- Anderson, Brian C. 1999. Book review. Review of *Seeing Like a State* by James C. Scott Yale University Press, New Haven, CT, 1998, 445 pages. *Wntr Public Interest*.
- Babor, Thomas F., and Ingeborg Rossow. 2003. *Alcohol: no ordinary commodity : research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bay, Ann-Helén. 2001. Tillit - et sentralt aspekt ved den velferdspolitiske opinion? In *Virker velferdsstaten?*, edited by A.-H. Bay, B. Hvinden, C. Koren and A. Hatland. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Bjartveit, K. 1990. Smoking and health attitudes in Norway. *Røyking og holdninger i Norge*. 110 (18):2395-2398.
- Botten, Grete. 2006. Prioriteringer i norsk helsetjeneste - er det mulig? In *Velferdspolitiske utfordringer: risiko, prioriteringer og rettferdighet* edited by K. T. Elvbakken and N. Kildal. Oslo: Abstrakt forl.
- Brand, Donald A., Michaela Saisana, Lisa A. Rynn, Fulvia Pennoni, and Albert B. Lowenfels. 2007. Comparative Analysis of Alcohol Control Policies in 30 Countries. *PLoS Med* 4 (4):e151.
- Bressler, Michael. 2001. Book review. Review of *Seeing Like a State* by James C. Scott Yale University Press, New Haven, CT, 1998, 445 pages. *Governance* 13 (3):409-438.
- Caspersen, C.J., Powell, K.E., Christensen, G.M. 1985. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Report* 100 (2):s. 126-131.

- Clayton, Da'Lynn Kay, Sharon Rogers, and Alexa Stuifbergen. 1999. Answers to unasked questions: Writing in the margins. *Research in Nursing & Health* 22 (6):512-522.
- Conrad, Peter. 1979. Types of medical social control. *Sociol. Health Illness* 1 (1):11.
- . 1992. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* 18 (1):209-232.
- Dean, Mitchell. 1999. *Governmentality: power and rule in modern society*. London: Sage.
- Desjarlais, Robert R. 1997. *Shelter blues: sanity and selfhood among the homeless*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Downey, Gregory. 1999. Reviews: Shelter Blues: Sanity and Selfhood Among the Homeless, by Robert Desjarlais. *Journal of Religion and Health* 38 (4):347-374.
- Drache, Daniel, and Terry Sullivan. 1999. *Market limits in health reform: public success, private failure*. London: Routledge.
- Eisenberg, Leon. 1977. Disease and illness Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1 (1):9-23.
- Eriksen, Erik Oddvar. 1999. *Kommunikativ ledelse: om verdier og styring i offentlig sektor*. Bergen-Sandviken: Fagbokforl.
- Eriksen, Thomas Hylland, and Torunn Arntsen Sørheim. 1999. *Kulturforskjeller i praksis: perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Fagertun, Anette , Bjørn Enge Bertelsen, Inger Lise Teig, and Kjetil Fosshagen. 2006. Antropologien og staten. En innledning. In *Norsk antropologisk tidsskrift*. Oslo: Universitetsforlaget Vol.17 (3-4) s. 186-200.
- Finlay, Janet, Alan Dix, Gregory D. Abowd, and Russell Beale. 2004. *Human-computer interaction*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Fitzpatrick, Sheila. 1994. *Stalin's peasants: resistance and survival in the Russian village after collectivization*. New York: Oxford University Press.

- Foucault, Michel. 1991. Governmentality. In *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, edited by C. Gordon, G. Burchell and P. Miller. London: Hemel Hempstead: Harvester Whearsheaf.
- . 1993. *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. London: Routledge.
- Fox, Rosemary. 2006. Informed choice in screening programmes: do leaflets help? A critical literature review. *J Public Health (Oxf)* 28 (4):309-17.
- Frøystad, Kathinka. 2003. Forestillingen om det "ordentlige" feltarbeid og dets umulighet i Norge. In *Nære steder, nye rom. Utfordringer i antropologiske studier i Norge*, edited by M. T. Rugkåsa, Kari Trædel. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fugelli, Per. 1994. *Pasienten Norge: studier i politisk patologi*. [Oslo]: Cappelen.
- Fugelli, Per, and Benedicte Ingstad. 2009. *Helse på norsk: god helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Geertz, Clifford. 1973. *The interpretation of cultures: selected essays*. New York: Basic Books.
- Ginsburg, Faye, and Rayna Rapp. 1991. The Politics of Reproduction. *Annual Review of Anthropology* 20 (1):311-343.
- Gordon, Colin, Graham Burchell, Peter Miller, and Michel Foucault. 1991. *The Foucault effect: studies in governmentality ; with two lectures by and an interview with Michel Foucault*. London: Harvester/Wheatsheaf.
- Gulbrandsen, P. 2001. Leve villscreening! *Tidsskr Nor Lægeforen* 121:619-20.
- Gullestad, Marianne. 1991. Studiet av egen samtidskultur som utfordring. *Norsk antropologisk tidskrift* 2 (1):3-9.
- . 1996. *Hverdagsfilosofer: verdier, selvforståelse og samfunnssyn i det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforl.

- Götestam, K. G. 1990. Smoking and attitudes in Norway. *Røyking og holdninger i Norge*. 110 (20):2689-2690.
- Haraldsen, Gustav. 1999. *Spørreskjemametodikk: etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hatland, Aksel, Stein Kuhnle, and Tor Inge Romøren. 1994. *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Hellevik, Ottar, and Odd Børretzen. 1996. *Nordmenn og det gode liv: Norsk monitor 1985-1995*. Oslo: Universitetsforl.
- Hofvind, Solveig; Naume, Bjørn; Wist, Erik 2009. *Mammografiscreening - Hva har vi erfart og hvilke utfordringer har tilkommet?* Vol. 36(3): 24-6, *Hold pusten*. Oslo: Fagtidsskrift for Norsk Radiograf forbund.
- Hydle, Ida. 1997. *Antropologiske perspektiver på medisinen, trygden og retten*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Ingstad, Benedicte. 2007. *Medisinsk antropologi: en innføring*. Bergen: Fagbokforl.
- Irwig, L., K. McCaffery, G. Salkeld, and P. Bossuyt. 2006. Informed choice for screening: implications for evaluation. *BMJ* 332 (7550):1148-50.
- Kaufert, Patricia A. 2000. Screening the body: the pap smear and the mammogram. In *Living and working with the new medical technologies: intersections of inquiry*, edited by M. M. Lock, A. Young and A. Cambrosio. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kjærheim, K. 1997. Alcohol, breast cancer, and causal inference. *Årsaksslutning i epidemiologien* 117 (26):3771-3776.
- Kreftregisteret. 2003. *Mammografiprogrammet - Kvalitetsmanual*, ed A. K. O. Ertzaas. Oslo: Kreftregisteret.
- . 2008-2009. *Strategi for Kreftregisteret*.

- . 2009. Invitasjon i å delta i en spørreundersøkelse. Oslo: Kreftregisteret.
- Krohn-Hansen, Christian; Vike, Halvard. 2000. Makt og symbolske former - Perspektiver på politikk. In *Mellom himmel og jord: tradisjoner, teorier og tendenser i sosialantropologien*. Bergen: Fagbokforl.
- Kåresen, R., J. K. Bø, S. Haustveit, A. Hervik, and S. O. Thoresen. 1999. [Cost-effectiveness of mammography screening in Norway]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 119 (24):3553-9.
- Langmark, Frøydis overlege. 1986. Helsen vår - og helsetjenesten. In *Et Nytt helsevesen: et debattinnlegg*, edited by A. Lie and B.-L. Lund. Oslo: Gyldendal.
- Latour, Bruno. 1999. *Pandora's hope: essays on the reality of science studies*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- . 2005. *Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Lien, Marianne. 2001. Latter og troverdighet. Om antropologi i hjemlige egne. *Norsk antropologisk tidsskrift* 1-2 (1).
- Lien, Marianne, Hilde Lidén, and Halvard Vike. 2001. *Likhetens paradokser: antropologiske undersøkelser i det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lock, Margaret M., and Patricia A. Kaufert. 1998. *Pragmatic women and body politics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lock, Margaret M., and Vinh-Kim Nguyen. 2010. *An anthropology of biomedicine*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Loftus, E. 1984. Protocol Analysis of response to Survey Recall Questions. In *Cognitive Aspects of Survey Methodology: Building a Bridge Between Disciplines*, edited by T. B. Jabine, Straf, M. L., Tanur, J. M., Torangeau, R. (red.). Wash. D.C.: National Academy Press.

- Lorentzen, Jørgen, and Wencke Mühleisen. 2006. *Kjønnforskning: en grunnbok*. Oslo: Universitetsforl.
- Luhmann, Niklas. 1988. *Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives*. Edited by D. Gambetta, *Trust: making and breaking cooperative relations*. Oxford: Blackwell.
- Lund, K. E., and M. Lund. 2005. Smoking and inequality in Norway 1998 - 2000. *Røyking og sosial ulikhet i Norge* 125 (5):560-563.
- Lupton, Deborah. 1995. *The imperative of health: public health and the regulated body*. London: Sage.
- Mordal, Tove L. 2000. *Som man spør, får man svar: arbeid med survey-opplegg*. [Oslo]: Universitetsforl.
- Myklebust, Aud Mette, Therese Seierstad, Erling Stranden, and Annars Lerdal. 2009. Level of satisfaction during mammography screening in relation to discomfort, service provided, level of pain and breast compression. 1 (2):66-72.
- Mæland, John Gunnar. 2005. Forebygging - vakker tanke eller fornuftig handling? In *Velferdsstaten i endring: norsk helse- og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*, edited by M. A. Stamsø. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Naidoo, Jennie, and Jane Wills. 2000. *Health promotion: foundations for practice*. London: Baillière Tindall.
- Neumann, Iver B. 2006. Å studere den (post)moderne staten. Epistemologiske forutsetninger. *Norsk antropologisk tidsskrift* 17 (3-4):213-224.
- Nguyen, Vinh-Kim. 2005. Antiretroviral globalism, biopolitics, and therapeutic citizenship. In *Global assemblages : technology, politics, and ethics as anthropological problems*, edited by A. Ong and S. J. Collier. Oxford: Blackwell.
- Norum, J. 1999. Breast cancer screening by mammography in Norway. Is it cost-effective? *Ann Oncol* 10 (2):197-203.

- Ottenberg, Simon. 1990. Thirty Years of Fieldnotes: Changing Relationships to the Text In *Fieldnotes: the makings of anthropology*, edited by R. Sanjek: Cornell University.
- Parsons, Talcott. 1951. *The social system*. New York: The Free Press of Glencoe.
- Peterson, Robert A. 2000. *Constructing effective questionnaires*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Rimer, BK., PA. Briss, PK. Zeller, EC. Chan, and SH. Woolf. 2004. Informed decision making: what is its role in cancer screening? *Cancer* 101 (5 Suppl):1214-28.
- Ritzer, George. 1993. *The McDonaldisation of society: an investigation into the changing character of contemporary social life*. Thousand Oaks, Calif.: Pine Forge Press.
- Rugkåsa, Marianne, and Kari Trædal Thorsen. 2003. *Nære steder, nye rom: utfordringer i antropologiske studier i Norge*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rønning, Rolf, and Aksel Hatland. 1995. *Sosialpolitikk i Norge: helse, trygd og omsorg*. [Oslo]: TANO.
- Rønning, Rolf, and Liv Johanne Solheim. 1998. *Hjelp på egne premisser?: om brukervedvirkning i velferdssektoren*. Oslo: Universitetsforl.
- Sanjek, Roger. 1990. *Fieldnotes: the makings of anthropology*, 1990, at Ithaca.
- Scheper-Hughes, Nancy, and Margaret M. Lock. 1987. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1 (1):6-41.
- Scott, James C. 1998. *Seeing like a state: how certain schemes to improve the human condition have failed*. New Haven and London: Yale University Press.
- Sharma, Aradhana, and Akhil Gupta. 2006. *The Anthropology of the state: a reader*. Malden, Mass.: Blackwell.
- Stensrud, Astrid Bredholt. 2006. Forhandling om makt og respekt. Felleskjøkken som møtepunkt mellom kvinner og stat i Peru *Norsk antropologisk tidskrift* 17 (3-4):253-262.

- Søgaard, A.H., Bø, K., Klungland, M., Jacobsen, B.K. 2000. En oversikt over norske studier – hvor mye beveger vi oss i fritiden? *Tidsskr Nor Laegeforen* 120 (2-28):3439-46.
- Taylor, Edward B. 2007. *Primitive culture VI*: Kessinger.
- Thagaard, Tove. 1998. *Systematikk og innlevelse*. Bergen-Sandviken: Fagbokforl.
- Vike, Halvard, Arne Brinchmann, Heidi Haukelien, and Randi Kroken. 2002. *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vollset, Stein Amil, Randi Selmer, Aage Tverdal, and Håkon K. Gjessing. 2006. Hvor dødelig er røyking? Rapport om dødsfall og tapte leveår som skyldes røyking. In *Rapport 2006:4*: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Wang, H., R Kåresen, A. Hervik, and S. O. Thoresen. 2001. Mammography screening in Norway: results from the first screening round in four counties and cost-effectiveness of a modeled nationwide screening. *Cancer Causes Control* 12 (1):39-45.
- Warms, Catherina A; Marshall, Helen M; Hoffman, Amy J; Tyler, Erica J. . 2005. There Are a Few Things You Did Not Ask About My Pain: Writing on the Margins of a Survey Questionnaire. *Rehabilitation Nursing* 30, no. 6, (November 1): 248-56. 30 (November 1):248-56.
- Weber, Max. 1978. Bureaucracy. In *Economy and society: an outline of interpretive sociology*, edited by G. Roth, C. Wittich, trans., E. Fischhoff, H. Gerth, A. M. Henderson, F. Kolegar, C. Wright Mills, T. Parsons, G. Rheinstein, E. Roth and C. Wittich. Berkeley, Calif.: University of California Press.
- Wikan, Unni. 1996. Fattigdom som opplevelse og livskontekst: innsikt fra deltakende observasjon. In *Vitenskap - enhet og mangfold*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Zola, Irving Kenneth. 1983. *Socio-medical inquiries : recollections, reflections, and reconsiderations / Irving Kenneth Zola*. Philadelphia :: Temple University Press.

Østerlie, W., M. Solbjør, J. A. Skolbekken, S. Hofvind, A. R. Saetnan, and S. Forsmo. 2008.

Challenges of informed choice in organised screening. *J Med Ethics* 34 (9):e5.

Øyen, Else. 1991. *Velferdsstaten: den fornuftige samfunnsmodell*. Oslo: Tiden.

———. 1994. Statsministerens paradoks. *Aftenposten*, 12.06.1994.


Vedlegg

Vedlegg 1 - Eksemplar spørreskjema "Helseforhold før 50 års alder", 2 sider

Helseforhold før 50-års alder

Denne delen av skjemaet inneholder spørsmål om forhold som stort sett ikke forandres, f.eks. utdanning. Du vil motta denne delen kun én gang. Du kan delta i Mammografiprogrammet selv om du ikke leverer skjemaet.

Informasjonen du gir vil lagres ved Kreftregisteret, uten identifisering. Den blir behandlet konfidensielt. Du har innsett rett til egne opplysninger, og du kan til enhver tid be om at svarene dine slettes. Innlevering av skjema anses som samtykke til at svarene kan brukes slik det her er redegjort for. Spørsmål kan rettes til Kreftregisteret, telefon 22 45 13 00.



Hvordan fylte ut skjemaet?
 Skjemaet leses maskinelt.
 • Sett kryss i X eller tall i 2
 • Bruk svart eller blå penn
 • Ikke bruk desimaler
 • Ved feil avkryssing: Fangelegg hele boksen

Noen spørsmål kan være vanskelig å besvare. Anslå likevel så godt du kan. Husk å ta med utfyllt skjema når du møter til mammografi. **Takk for hjelpen!**

1 Fødested

Hvor er du født?

☐ Norge ☐ Asia
☐ Europa utenfor Norge ☐ Afrika
☐ Nord-Amerika ☐ Oseania/Australia
☐ Latin-Amerika

2 Skolegang/utdanning

Hva er din høyeste ufullførte skolegang/utdanning?

☐ Ingen fullført skolegang
☐ Grunnskole (barne-; ungdoms-; framhalds-; realskole)
☐ Videregående (gymnas, yrkes-, handels-, høgskole)
☐ Universitets-/høgskoleutdanning inntil fire år
☐ Universitets-/høgskoleutdanning mer enn fire år

3 Høyde og vekt som barn og ungdom

Sett ett kryss i hver kolonne

7-års alder: (1. klasse)	15-års alder: (konfirmasjon)
Vekt	Vekt
Høyde	Høyde
<input type="checkbox"/> Mye under middels	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Noe under middels	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Middels	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Noe over middels	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mye over middels	<input type="checkbox"/>

Hva var din fødselsvekt? gram

4 Menstruasjon

Hvor gammel var du ved første menstruasjon?

☐ år gammel ☐ Aldri hatt menstruasjon

5 Sterilisering

Har du blitt sterilisert?

☐ Nei ☐ Ja, da jeg var år gammel

6 P-piller og hormonspiral

Har du brukt p-piller?

☐ Nei
☐ Ja, jeg begynte å bruke p-piller første gang da jeg var år gammel

Bruker du p-piller nå?

☐ Nei ☐ Ja

Til sammen har jeg brukt p-piller i år

Har du brukt Levonova hormonspiral?

☐ Nei
☐ Ja, jeg begynte å bruke Levonova hormonspiral første gang da jeg var år gammel

Bruker du Levonova hormonspiral nå?

☐ Nei ☐ Ja

Til sammen har jeg brukt Levonova hormonspiral i år

7 Svangerskap og amming

Har du gjennomført svangerskap med varighet lenger enn seks måneder?

☐ Nei
☐ Ja, jeg har gjennomført (tvillinger regnes som ett svangerskap) svangerskap og har født levende barn

Hvor gammel var du ved starten av første svangerskap som var lenger enn seks måneder?

☐ år gammel ☐ år gammel

Har du ammet?

☐ Nei ☐ Ja, til sammen har jeg ammet i måneder

8 Bryskreft i familien

Har du hatt bryskreft?

☐ Nei
☐ Ja, jeg fikk diagnostisert bryskreft da jeg var år gammel

Har din mor/søster/datter hatt bryskreft?

☐ Nei
☐ Vet ikke
☐ Ja, hun fikk diagnostisert bryskreft da hun var år gammel (Hvis flere, oppgi yngste alder)

Har din mor/mors søster/farmor/fars søster hatt bryskreft?

☐ Nei
☐ Vet ikke
☐ Ja, hun fikk diagnostisert bryskreft da hun var år gammel (Hvis flere, oppgi yngste alder)

11 Mosjon og trening

Sett ett kryss på hver linje

Mosjon: Lette gå- og sykkelturner, arbeid i hagen, snømåking og lignende

Mosjonerte ikke	0-1 time	2-3 timer	4-5 timer	6+ timer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gjennomsnitt per uke

Sett ett kryss på hver linje

Trening: Regelmessige aktiviteter med høy intensitet av minst 12 times varighet hver gang, f.eks. aerobic, løping, sykling

Trente ikke	0-1 time	2-3 timer	4-5 timer	6+ timer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gjennomsnitt per uke

12 Alkohol

Angi gjennomsnittlig alkoholinntak per måned

Drakk ikke	Øl (ant. halvliter)	Redning (ant. halvliter)	Høvet/brannvin (ant. glass)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15-19 år ☐ 20-29 år ☐ 30-39 år ☐ 40-49 år ☐

9 Forandringer/kuler i brystet

Har du tatt prøve av godartede forandringer/kuler i brystet?

☐ Nei
☐ Ja, i høyre bryst
☐ Ja, i venstre bryst
☐ Ja, i begge bryst

Har du fjernet godartede forandringer/kuler i brystet?

☐ Nei
☐ Ja, i høyre bryst
☐ Ja, i venstre bryst
☐ Ja, i begge bryst

10 Røykevaner

Sett ett kryss på hver linje

Røykte daglig	Røykte ikke	Røykte ikke	Røykte ikke	Røykte ikke	Røykte ikke	Røykte ikke	Røykte ikke	Røykte ikke	Røykte ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gjennomsnittlig antall sigaretter per dag

10-14 år ☐ 15-19 år ☐ 20-29 år ☐ 30-39 år ☐ 40-49 år ☐

Kosthold og bryskreft

Er du villig til å delta i en tilleggsundersøkelse om kosthold og bryskreft?

Blant de som svarer "Ja" vil vi trekke ut noen som får tilsendt et spørreskjema om kosthold.

☐ Ja ☐ Nei

Vedlegg 2 – Eksemplar spørreskjema: "Helseforhold i dag", 2 sider.

9 Hormonpreparater																																																																														
Har du noen gang brukt hormonpreparater med østrogen i forbindelse med overgangsalderen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> +																																																																														
Angi alle hormonpreparater du har brukt før, og bruker nå Eksempel: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Braker nå</th> <th>Brakt tidligere</th> <th>Alder ved start</th> <th>Brakt sammenhengende i</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Active</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>48 år gammel</td> <td>2 år 4 måneder</td> </tr> <tr> <td>Livial</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>51 år gammel</td> <td>11 år 11 måneder</td> </tr> </tbody> </table>				Braker nå	Brakt tidligere	Alder ved start	Brakt sammenhengende i	Active	<input checked="" type="checkbox"/>	48 år gammel	2 år 4 måneder	Livial	<input checked="" type="checkbox"/>	51 år gammel	11 år 11 måneder																																																															
Braker nå	Brakt tidligere	Alder ved start	Brakt sammenhengende i																																																																											
Active	<input checked="" type="checkbox"/>	48 år gammel	2 år 4 måneder																																																																											
Livial	<input checked="" type="checkbox"/>	51 år gammel	11 år 11 måneder																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>+</th> <th>Braker nå</th> <th>Brakt tidligere</th> <th>Alder ved start</th> <th>Brakt sammenhengende i</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tabletter:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Active</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cyclabil</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Indivina</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Klogest</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Livial</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Novofem</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ovestin</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Progynova</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trisevens</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Plaster med østrogen (eks.: Estraderm, Evorel, Estradot)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Plaster med østrogen og progesteron (eks.: Estracomb)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Stikkpiller/krem med østrogen (eks.: Vagifem, Ovestin)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Husker ikke navnet / annet navn</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				+	Braker nå	Brakt tidligere	Alder ved start	Brakt sammenhengende i	Tabletter:					Active	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cyclabil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indivina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klogest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Livial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Novofem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ovestin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Progynova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trisevens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plaster med østrogen (eks.: Estraderm, Evorel, Estradot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plaster med østrogen og progesteron (eks.: Estracomb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stikkpiller/krem med østrogen (eks.: Vagifem, Ovestin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Husker ikke navnet / annet navn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+	Braker nå	Brakt tidligere	Alder ved start	Brakt sammenhengende i																																																																										
Tabletter:																																																																														
Active	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Cyclabil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Indivina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Klogest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Livial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Novofem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Ovestin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Progynova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Trisevens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Plaster med østrogen (eks.: Estraderm, Evorel, Estradot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Plaster med østrogen og progesteron (eks.: Estracomb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Stikkpiller/krem med østrogen (eks.: Vagifem, Ovestin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Husker ikke navnet / annet navn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Hvor lenge har du brukt hormonpreparater til sammen? <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>år</th> <th>måneder</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>					år	måneder		<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																					
	år	måneder																																																																												
	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
10 Mammografiprogrammet Hvordan vurderer du informasjonen om Mammografi-programmet i invitasjonsbrevet og brosjyren? <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Veldig god</th> <th>God</th> <th>Mangelfull</th> <th>Veldig mangelfull</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>					Veldig god	God	Mangelfull	Veldig mangelfull		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
	Veldig god	God	Mangelfull	Veldig mangelfull																																																																										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Vil du anbefale andre kvinner å delta i det offentlige Mammografiprogrammet? <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nei</th> <th>Vet ikke</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>					Ja	Nei	Vet ikke		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
	Ja	Nei	Vet ikke																																																																											
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											

Helseforhold i dag	
1 Mammografi Har du tatt mammografi tidligere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke Hvis "Ja": Hvor tok du mammografi sist? (Kun ett kryss) <input type="checkbox"/> I det offentlige Mammografiprogrammet <input type="checkbox"/> På et privat røntgenstusert <input type="checkbox"/> På et sykehus (ikke det offentlige Mammografiprogrammet) Når tok du denne undersøkelsen? <input type="checkbox"/> For mindre enn 1 år siden <input type="checkbox"/> For 1-2 år siden <input type="checkbox"/> For mer enn 2 år siden	6 Mosjon og trening Hvor mye mosjonerer du ukentlig? Mosjon: Lette gå- og sykkelture, arbeid i hagen, snømaking og lignende <input type="checkbox"/> Mosjonerer ikke <input type="checkbox"/> 0-1 time pr. uke <input type="checkbox"/> 2-3 timer pr. uke <input type="checkbox"/> 4-5 timer pr. uke <input type="checkbox"/> 6+ timer pr. uke + Hvor mye trener du ukentlig? Trening: Regelmessige aktiviteter med høy intensitet av minst 1/2 times varighet hver gang, f.eks. aerobic, løping, sykling <input type="checkbox"/> Trener ikke <input type="checkbox"/> 0-1 time pr. uke <input type="checkbox"/> 2-3 timer pr. uke <input type="checkbox"/> 4-5 timer pr. uke <input type="checkbox"/> 6+ timer pr. uke
2 Høyde og vekt Hvor høy er du i dag? <input type="text"/> (hele) cm Hvor mye veier du i dag? <input type="text"/> (hele) kg	7 Inngrep i bryst og underliv Har du gjennomført brystreduksjon? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, da jeg var <input type="text"/> år gammel Har du operert inn brystprotese? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, da jeg var <input type="text"/> år gammel Har du fjernet begge eggstokkene? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, jeg fjernet én eggstokk <input type="text"/> år gammel <input type="checkbox"/> Ja, jeg fjernet begge da jeg var <input type="text"/> år gammel Vet ikke om én eller begge er fjernet Har du fjernet livmoren? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, da jeg var <input type="text"/> år gammel <input type="checkbox"/> Vet ikke
3 Medisinbruk Bruker du regelmessig medisiner, foreskrevet av lege, for noen av følgende sykdommer? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Depresjon/angst <input type="checkbox"/> Leddighet (reumatisk sykdom) <input type="checkbox"/> Høyt kolesterol <input type="checkbox"/> Benskjennet (osteoporose) <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk <input type="checkbox"/> Diabetes (sukkersyke) <input type="checkbox"/> Hjertesykdom <input type="checkbox"/> Sykdom i skildruskjertelen <input type="checkbox"/> Astma Bruker du Albyl-E, Globoid, Aspirin eller Dispril som fast medikasjon? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Bruker du Ibux, Brexitol, Voltaren, Ibuprofen, Naproxen eller Diclofenac som fast medikasjon? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	8 Menstruasjon Har du fortsatt menstruasjon? Om menstruasjonen er regulert av hormonpreparater, svar "Ja" <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ikke, menstruerer uregelmessig <input type="checkbox"/> Nei, menstruasjonen stoppet da jeg var <input type="text"/> år gammel
4 Røykevaner Røyker du? <input type="checkbox"/> Nei, har aldri røykt <input type="text"/> år <input type="text"/> måneder siden <input type="checkbox"/> Nei, sluttet for <input type="text"/> år <input type="text"/> måneder siden <input type="checkbox"/> Ja, jeg røyker om lag <input type="text"/> sigaretter pr. uke	5 Alkohol Angi gjennomsnittlig alkoholforbruk per måned <input type="checkbox"/> Driker ikke alkohol <input type="text"/> glass rødvin/hvitvin <input type="checkbox"/> Havtørrer øl <input type="text"/> glass helvin/brennevin

{ 94 }

[illegible]

Vedlegg 4 - Utfylt spørreskjema med "kommentar" og klistremerker/ rabbel

Helseforhold i dag

1 Mammografi

Har du tatt mammografi tidligere? ☒ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke +

Hvis "JA":
 Hvor tok du mammografi sist? (*kun ett kryss*)
☒ I det offentlige Mammografiprogrammet
☐ På et privat rentgenistitut
☐ På et Sjekhus (ikke det offentlige Mammografiprogrammet)

Når tok du denne undersøkelsen?
☐ For mindre enn 1 år siden
☒ For 1-2 år siden
☐ For mer enn 2 år siden

2 Høyde og vekt

Hvor høy er du i dag? 172 (hele) cm

Hvor mye veier du i dag? 120 (hele) kg

3 Medisinerbruk

Bruker du regelmessig medisiner, foreskrevet av lege, for noen av følgende sykdommer?

<input type="checkbox"/> Nei	<input checked="" type="checkbox"/> Depresjon/angst
<input checked="" type="checkbox"/> Leddgikt (reumatisk sykdom)	<input checked="" type="checkbox"/> Høyt kolesteroll
<input type="checkbox"/> Bensykjortel (diabetes)	<input checked="" type="checkbox"/> Hjert blodtrykk
<input type="checkbox"/> Diabetes (sukkersyke)	<input type="checkbox"/> Hjertesykdom
<input checked="" type="checkbox"/> Sykdom i skjoldeksjertelen	<input type="checkbox"/> Astma

Bruker du Alby-E, Gliborid, Aspirin eller Dispril som fast medikasjon?
☐ Ja ☒ Nei

Bruker du Ibux, Bexido, Voltaren, Dumetin, Naproxen eller Diclofenac som fast medikasjon?
☒ Ja ☐ Nei

4 Røykevane

Røyker du?
☐ Nei, har aldri røykt
☒ Nei, sluttet for ca. 10 år

☐ Ja, jeg røyker om lag sigaretter pr. uke

5 Alkohol

Angi gjennomsnittlig alkoholforbruk per måned

<input type="checkbox"/> Driker ikke alkohol	<input type="checkbox"/> glass rotvin/hvinn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


☐ halvlitere øl 8 ☐ ☐ |

6 Mosjon og trening

Hvor mye mosjonerer du ukentlig?
 Mosjon: Lette gå- og sykkelturer, arbeid i hagen, snømåking og lignende +

☒ Mosjonerer ikke *Sauk etter innover*
☐ 0-1 time pr. uke *hver tredje d*
☐ 2-3 timer pr. uke *better bare,*
☐ 4-5 timer pr. uke *med ned i vekt!*
☐ 6+ timer pr. uke


Hvor mye trener du ukentlig?
 Trening: Regelmessige aktiviteter med høy intensitet av minst 12 times varighet hver gang, f.eks. aerobic, løping, sykling


☒ Trener ikke 
☐ 0-1 time pr. uke
☐ 2-3 timer pr. uke
☐ 4-5 timer pr. uke
☐ 6+ timer pr. uke

7 Inngrep i bryst og underliv


Har du gjennomgått brystreduksjon?
☐ Nei ☐ Ja, da jeg var år gammel

Har du operert inn brystprotese?
☐ Nei ☐ Ja, da jeg var år gammel

Har du fjernet begge eggstokkene?
☒ Nei 
☐ Nei, jeg fjernet én eggstock
☐ Ja, jeg fjernet begge da jeg var år gammel
☐ Vet ikke om én eller begge er fjernet

Har du fjernet livmoren?
☒ Nei 
☐ Ja, da jeg var år gammel
☐ Vet ikke

8 Menstruasjon

Har du fortsatt menstruasjon?
 Om menstruasjonen er regulær er hormonpreparater, svar "Ja"
☐ Ja 
☐ Vet ikke, menstruerer uregelmessig *Cu 50*
☐ Nei, menstruasjonen stoppet da jeg var år gammel

Helseforhold i dag

1 Mammografi

Har du tatt mammografi tidligere? ☒ Ja ☐ Nei ☐ Velt ikke

Dersom "Ja":

Kvar tok du mammografi sist? (kun ett kryss) ☒ I det offentlige Mammografiprogrammet ☐ På et privat røntgeninstitutt ☐ På et sjukehus (ikke det offentlige Mammografiprogrammet)

Når tok du denne undersøkelsen?

☒ For mindre enn 1 år siden
☒ For 1-2 år siden *2 år*
☐ For mer enn 2 år siden

2 Høyde og vekt

Kor høy er du i dag? *ca* 169 (hele) cm

Kor mykje veg du i dag? 66.3 (hele) kg

3 Medisinbruk

Brukar du regelmessig medisin, læreskrive av lege, for nokon av følgjande sjukdommar?

<input checked="" type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Depressjon/angst
<input type="checkbox"/> Leddgikt (reumatiske sjukdom)	<input type="checkbox"/> Hjertekarslaga
<input type="checkbox"/> Benskjønhet (osteoporose)	<input type="checkbox"/> Hær blodtrykk
<input type="checkbox"/> Diabetes (sukkersjukle)	<input type="checkbox"/> Hørselsjukdom
<input type="checkbox"/> Sjukdom i skildkirtelen	<input type="checkbox"/> Astma

Brukar du Alkoh-E, Glubrut, Aspirin eller Disprin som fast medisin?
ja ☒

Brukar du Ibux, Broxilid, Voltaren, Immetin, Naproxen eller Diclofenac som fast medikasjon?

☐ Ja ☒ Nei

4 Røykevaner

Røyker du?

☒ Nei, har aldri røykt

☐ Har smitta for _____ år _____ månadar sidan

☐ Ja, eg røyker om lag _____ sigaretter pr. veko

5 Alkohol

Oppgi gjennomsnittleg alkoholforbruk per månad

☒ Drink ikkje alkohol

☐ bakultet ☐ glas vin/vin ☐ kvinn ☐ gule belynn ☐ +

6 Mosjon og trening

Kor mykje mosjonerer du per veko?

Mosjonering ikkje

☐ 0-1 timar per veko

☐ 2-3 timar per veko

☒ 4-5 timar per veko

☐ 6+ timar per veko

Gjennomgåse turen på løp men ga 4-5 timar per veko umd hofte m.

7 Inngrep i bryst og underliv

Har du gjennomført brystreduksjon?

☒ Nei ☐ Ja, då eg var _____ år gammel

Har du operert inn brystproteser?

☐ Ja, då eg var _____ år gammel

Har du fjerna begge eggstokkene?

☒ Nei ☐ Ja, eg fjerna ein eggstock

☐ Ja, eg fjerna begge, då eg var _____ år gammal

☐ Velt ikkje om ein eller begge ar fjerna

8 Menstruasjon

Har du framleis menstruasjon?

☒ Ja

☐ Nei, menstruasjonen er regulert av hormonbehandling, svar "ja"

☒ Nei, menstruasjonen er regulert av hormonbehandling, svar "ja"

☐ Velt ikkje om ein eller begge ar fjerna



Informasjonsbrev for studentprosjekt

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Vi henvender oss til deg fordi du besvarte et spørreskjema i forbindelse med deltagelse i Mammografiprogrammet. En anonymisert kopi av ditt spørreskjema har, sammen med andre besvarelser, vært gjennomgått av en student i sosialantropologi i forbindelse med hennes avsluttende masteroppgave. Hun vil som et ledd i oppgaven intervju et fåtall av kvinnene som hun har studert svarene til. Dette prosjektet er helt uavhengig av Mammografiprogrammet.

Temaet for oppgaven er hva som skjer når mennesker kommer i kontakt med teknologi. Studenten skal undersøke forståelse av og holdninger til teknologi, nærmere bestemt forståelsen kvinner mellom 50 og 69 år har av utsagnet: "spørreskjemaet leses maskinelt".

For å finne ut av dette, ønsker hun å intervju 5-10 kvinner i alderen 50–69 år som har besvart spørreskjema i Mammografiprogrammet. Spørsmålene vil dreie seg om oppfatningen av spørreskjemaet, blant annet om hvor vanskelig det var å svare på spørsmålene.

*Det vil bli tatt notater under intervjuet. Det skal brukes båndopptaker, men det vil **ikke** tas bilder eller video opptak. Intervjuet vil ta omtrent en time, og det vil bli avtalt tid og sted.*

Det er frivillig å være med, og det er mulig å trekke seg når som helst underveis uten å måtte begrunne dette nærmere. Alle innsamlede data om deg blir anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Dato for prosjektslutt er 31.12.2009

Hvis du er villig til å la deg intervju, ber vi deg fylle ut kontaktopplysningene nedenfor og returnere dette i vedlagte svarkonvolutt. Vi vil da overlevere svaret til studenten, som vil kontakte deg for nærmere avtale av tid og sted for intervjuet.

Med vennlig hilsen,

Berit Damtjernhaug, Tel.23 33 39 84

Overlege og leder i Mammografiprogrammet



Samtykkeerklæring:

*Jeg har mottatt informasjon om studien og **ønsker** å stille på intervju.*

Navn og Signatur

Telefonnummer

Svarkonvolutt sendes til:

*Kreftregisteret
Postboks 5313 Majorstuen
0304 Oslo*

Kontaktinformasjon til student og veileder til dette prosjektet er:

Laura Monica Moldovan, masterstudent i Sosialantropologi ved Universitetet i Oslo.
Tel: 93 08 91 67 ; E-post: lauram@student.sv.uio.no

Paul Wenzel Geissler, Professor - Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Oslo

Tel: 22 85 65 26 ; E-post: p.w.geissler@sai.uio.no

INTERVJUGUIDE



Vedlegg 6 - Intervjuguide

Innledning

Forklare hensikten med intervjuet

Antyde hva jeg er interessert i å få vite noe om

Anonymitetsbeskyttelse

Ingen kvinne vil bli gjenkjent

Ingen andre vil få lytte til båndet – ved avsluttet prosjekt vil opptakk bli destruert

Åpningsspørsmål

Hvis du skulle beskrive dagens teknologi i noen få ord hva ville disse bli?

Forberedelse til temaet:

Teknologien utviklet seg raskt i de siste årene, vi ser det gjennom bruk i dagliglivet av mobiltelefoner, som blir mer og mer sofistikerte, datamaskiner, bærbare pc-er, bruk av Internett. Synnes du at det er spennende med nye teknologiske utfordringer, som f eks bruk av nettbanken istedenfor vanlig besøk til bank kontor, bruk av Internett for å bestille en reise etc.

Hvordan føles det for deg?

Gjør teknologien livet lettere for deg? Ordne ting, finne frem adresser etc. eller ser de skremmende ut? Brev, telefon eller E-post?

Har du en morsom historie å fortelle om en hendelse med eller om et teknologisk utstyr? Mobiltelefon, Tv, DVD eller med datamaskin?

Første kontakt med spørreskjema: ser den komplisert ut? Hvilke av dem føltes mer vanskelig å utfylle? Hvorfor? For mange spørsmål? Er det noe som mangler?

"Helseforhold før 50-års alder" vs. "Helseforhold i dag"

Spørsmål og oppfølging spørsmål om utfylling av spørreskjemaene Hva gjorde du først?

Leste kanskje tilfeldig et spørsmål, begynte med veiledningen for utfylling av spørreskjema, leste kanskje brosjyren som fulgte med?

Villig for å svare riktig, lett eller vanskelig å huske nøyaktig?

Erfaring fra andre spørreundersøkelser, med andre spørreskjemaer?

Om utsagnet

Hva med utsagnet ”spørreskjemaet leses maskinelt”? Hva mener du om det?

Hvordan synes du andre oppfatter dette utsagnet? Er det lett forståelig hva det innebærer?

Personlig holdning til ideen at spørreskjemaet leses maskinelt: fordel eller ulempe med maskinelt lesning

Positiv holdning: disse opplysninger som jeg blir spurt om er personlige om mitt private liv det er mer komfortabel å vite at det blir en datamaskin/pc som registrerer svarene altså ikke et menneske, ønsker ikke at noen skulle vite disse informasjonene om meg

Negativ holdning: tap av informasjon 1) datamaskinen ikke leser/forstår håndskriftet, eller misforstår det! 2) leser bare det som står innenfor boksene, dvs. at den ikke fanger opp all informasjon

Hvorfor tror du at man skriver kommentarer og tilleggsopplysninger på margen av spørreskjemaene?

Hva er din mening om formålet med denne spørreundersøkelsen, med hele kreftforskningen?

Hva med Mammografiprogrammet, og det offentlige apparatet i helsevesenet?

Egne meninger, evt. Hva foreslår du?

Tomt kommentarfelt? Slitsomt å besvare? Gøy å huske ting som man ikke tenker mye på i hverdagen? God mentalt trenning?

På slutten

Lyst til å høre på båndet? Noe du vil slette?

Noe annet jeg burde spørre andre kvinner om dette temaet?

Noen ubehagelige spørsmål jeg ikke burde stille?